



Fiche Santé PATRO

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT :/...../.....

ADRESSE :

.....

.....

CONTACT

- Personnes à contacter en cas d'urgence pendant le camp :

Nom : Tel. : Lien de parenté :

Nom : Tel. : Lien de parenté :

LOISIRS

- Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (Sport, excursions, jeux)

.....

- Le participant sait-il nager ? TRES BIEN / BIEN / MOYEN / DIFFICILEMENT / PAS DU TOUT

SANTÉ

- Nom du médecin traitant : Tel. :
- Quel est son poids ? Sa taille ? Sa pointure ?
- Est-il/elle en ordre de vaccination contre le tétanos ? Oui / Non
- Souffre-il/elle d'un handicap ? Oui / Non → Si oui, lequel ?
- A-t-il/elle subi une maladie/intervention grave ? Oui / Non
Si oui, laquelle et quand ?
- Votre fille est-elle réglée ? Oui / Non

ALLERGIES

- Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?
Si oui, lesquels ?
.....
.....
.....
- Y-a-t-il d'autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants de mentionner ? (Insomnie, incontinence, troubles, port de lunette ou appareils auditifs/dentaires, constipation, diarrhée, saignement de nez, maux de tête/ventre...)
.....
.....
.....

- Devra-t-il/elle prendre des médicaments durant le camp ? Oui / Non

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?

Nom du médicament	Pourquoi ?	Quand ?		
		Matin	Midi	Soir

⚠ Les médicaments doivent être préparés dans une boîte à tartines avec le nom de l'enfant inscrit ! Cette boîte doit être donnée à Aspic et Sifaka le premier jour de camp car aucun enfant ne doit avoir de médicaments sur lui durant le séjour.

- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation au camp ?

.....

Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toutes médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...).

Nom du signataire : Date de signature :/...../.....	Signature du tuteur :
--	-------------------------------