

Fiche individuelle de santé.

Centre de vacances 2024.

Nom et prénom du participant :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail de contact :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : lien de parent:..... téléphone :.....

Nom : lien de parent:.....téléphone:.....

3ème personnes à contacter si les deux parents sont injoignables :

Nom : lien de parent:.....téléphone:.....

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille :.....

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité / du séjour ? (ex : problème cardiaques , épilepsie , asthme , diabète , mal des transports , rhumatisme , somnambulisme , affections cutanées , handicap moteur ou mental..)
Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ?
(année) (rougeole , appendicite ...)

Le participant est-il/elle vacciné contre le tétanos ? OUI/NON (en quelle année

Le participant est-il/elle allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels

Quelles en sont les conséquences ?

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? si oui , lequel ? spécifiez .

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez important (problèmes de sommeil , problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ?

Oui – Non.

La date et la signature du parent / tuteur .