

FICHE MÉDICALE 2016-2017

À renvoyer avant le début du stage à JJY - Avenue du Couronnement, 65 - 1200 Bruxelles (une fois par année scolaire et par plaine)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Afin de bénéficier d'un tarif préférentiel, les familles nombreuses de WSL peuvent joindre une copie du carnet de mariage ou une composition de ménage pour les enfants inscrits uniquement à Vieux-Genappe et Parc Malou.

PLAINE FRÉQUENTÉE

Métairie Van Meyel - Vervloesem - Parc Malou - Vacances vertes (stade)

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Garçon Fille

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, remettre au coordinateur de la plaine une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

L'enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non - Date du dernier rappel : _____

L'enfant souffre-t-il de :

HYPERKINESIE	DIABETE	INCONTINENCE	MAUX DE VENTRE	MAL DE LA ROUTE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
EPILEPSIE	ASTHME	MAL. CARDIAQUE	MAUX DE TETE	MAL. CONTAGIEUSE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Médicamenteuses : Oui Non - Lesquelles ? _____

Alimentaires : Oui Non - Lesquelles ? _____

Autres : _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, handicaps, hospitalisations, opérations, allergies, rééducation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, des drains, ... Précisez.

LOISIRS / PISCINE

Votre enfant peut-il aller se baigner ? Oui Non

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Y a-t-il des activités/sports que l'enfant ne peut pas pratiquer ? _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Téléphone fixe (et portable), domicile : _____

Bureau : _____

Email : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :