



# Accueil Temps Libre - Fiche santé



Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les animateurs et, le cas échéant, par les prestataires de soins consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Merci de signaler le plus rapidement possible tout changement d'informations

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Vignette

### Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

### Médecin traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....

### L'enfant doit-il suivre un régime alimentaire ?

Non

Oui : lequel ? Spécifiez

.....  
.....  
.....

### L'enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments, crème solaire ?

Non

Oui : lesquels ? .....

.....  
.....

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

.....  
.....

**L'enfant est-il vacciné contre le tétanos ?**

Non

Oui : date du dernier rappel : .....

**Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par l'enfant (Appendicite...) ?**

En quelle année ?

.....  
.....  
.....

**L'enfant peut-il participer aux activités proposées (sport, excursions, jeux, natation...) ?**

Oui

Non : lesquelles et pourquoi ?

.....  
.....  
.....

**L'enfant sait-il nager ?**

Très Bien

Difficilement

Bien

Pas du tout

Moyennement

**A-t-il peur de l'eau ?**

Oui

Non

**Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités ? (Ex.: problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) ?**

Non

Oui : Indiquer ci-dessous la fréquence, la gravité des troubles ou de l'affection et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir de manière adéquate.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Autres renseignements que vous jugez important de signaler** (problèmes de sommeil, incontinence, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Remarques importantes concernant l'usage de médicaments**

Les animateurs disposent d'une trousse de premiers soins. La structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.

- du paracétamol
- du désinfectant
- une pommade anti-inflammatoire
- une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piquête d'insectes.

Si votre enfant prend des médicaments et que nous devons les lui administrer, il faut, **obligatoirement** nous fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement. Sans ce document nous ne pourrions pas donner ce(s) médicament(s) à votre enfant

En signant ce document :

- Je place mon enfant sous la garde des encadrants/accueillants ainsi que des responsables du service Accueil Temps libre/extrascolaire de la commune d'Ittre.
- Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par les responsables du service extrascolaire/ATL durant l'accueil de mon enfant au sein des sites d'accueil extrascolaires ou au sein des « Animations vacances ».
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Au cas où son état de santé réclamerait une décision urgente et/ou vitale, et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.
- J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. *(En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur accord.)*
- 

<b>Date :</b>	<b>Signature du parent/tuteur:</b>

**Rappel : il est indispensable de nous signaler le plus rapidement possible tout changement de ces informations !**