



« A fond la forme »,
« A fond la forme village »
et « Mini A fond la forme »



FICHE SANTE

ANNEE 2017

1. LE PARTICIPANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom du chef de famille :

Adresse :

.....

Tél. privé :Tél. travail ou GSM :

2. LIEU DE VIE :

Où l'enfant vit-il habituellement? Famille / institution / grands-parents

Autres :.....

Personne à contacter en cas d'urgence pendant le centre de vacances :

1. Nom :Tél. :

Lien de parenté :

2. Nom :Tél. :

Lien de parenté :

3. Nom :Tél. :

Lien de parenté :

Type d'enseignement suivi : général / spécialisé

Année scolaire :

A-t-il (elle) des frères ou sœurs ? Oui / non Si oui, combien ?

3. LOISIRS :

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

oui/non Si non lesquels ?

.....

Peut-il/elle pratiquer la natation ? Oui / non

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout.

Sait-il/elle rouler à vélo ? oui / non

A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances ? Oui / non

4. SANTE :

Nom du médecin traitant et téléphone :

.....

Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen

Groupe sanguin :.....

(suite au verso)

5. INFORMATIONS MEDICALES :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) : oui/non

Si oui, de quoi, quel est son traitement habituel ? Faut-il prendre des précautions particulières ?

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

A-t-il/elle subit une **maladie ou intervention grave** ? Oui / non

Si oui, quand et laquelle ?

.....

Est-il/elle **allergique** :

• A certains **produits alimentaires** ? Oui / non

Si oui,
lesquels ?.....

• A certains **médicaments** ? Oui / non

Si oui,
lesquels ?.....

• A **d'autres choses** ? Oui / non

Si oui, à
quoi ?.....

Doit-il / elle prendre des **médicaments** pendant les animations ?

Oui / non

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

.....

A-t-il/elle des **difficultés sensorielles**

particulières ?.....

Porte-t-il/elle : **des lunettes / un appareil auditif** / autre :

.....

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui / non

Si oui, lequel ?

.....

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? Oui / non

Date et signature du/des responsables de l'enfant :

| |
|------------------|
| |
|------------------|



« A fond la forme »,
 « A fond la forme village »
 et « Mini A fond la forme »



FICHE D'AUTORISATION ANNEE 2017

Pour la sécurité de vos enfants, nous vous prions de remplir ce document et de le remettre au maximum le premier jour d'activités.

1. SANTE

Je soussigné,.....
 (nom et prénom du parent),
 responsable légal de
 (nom et prénom de l'enfant)

• autorise/ n'autorise* pas le responsable du groupe à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant et sur avis formel d'un médecin, toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation.

• autorise/ n'autorise pas* la faculté à endormir et à opérer mon enfant, à utiliser des antibiotiques et à pratiquer des transfusions sanguines si les circonstances l'exigent.

(*biffer les mentions inutiles)

2. REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR

Par l'inscription aux plaines de vacances, je m'engage à respecter le règlement d'ordre intérieur (R.O.I.). Une copie de ce dernier peut m'être délivrée par simple demande lors de l'inscription.

3. LE TRANSPORT

J'autorise les plaines de vacances « A fond la forme » à véhiculer l'enfant sus mentionné dans nos différents lieux d'activités et d'excursions.

4. LE RETOUR

J'autorise mon enfant à rentrer

- a) Seul(e) à pied / en vélo dèsh..... (noter l'heure de son départ à partir de 16h30)
- b) Accompagné(e) par :

.....

Nom de la (des) personne(s) habituelle(s) qui viendra(ont) chercher l'enfant :

IMPORTANT

Si, au cours de sa participation, une autre personne devait venir rechercher l'enfant, veuillez le signaler au responsable.

Fait à, le// 2017

Signature du responsable légal