



Chers parents, ce questionnaire doit être complété avec précision par vous-mêmes ou par un médecin. Il est nécessaire de nous fournir ces renseignements si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son séjour de vacances. Ils nous permettront d'organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités.

LE PARTICIPANT (à compléter en majuscules*) :

Nom* : Prénom * :

Date de naissance : Sexe : M / F

Adresse :

.....
.....

PERSONNE À PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

1. Nom de la mère : Téléphone :

2. Nom du Père : Téléphone :

3. Autre : Téléphone :

LOISIRS :

*Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?

.....
.....

* Peut-il/elle aller à la piscine ? OUI / NON

Sait-il/elle nager ? OUI / NON

ALIMENTATION : Allergie / Régime alimentaire : OUI / NON si oui lesquelles :

.....
.....

SANTE :

* Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

- Etat de santé actuel du participant 0 Excellent 0 Bon 0 Moyen

- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? OUI / NON

- Groupe sanguin :

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? OUI / NON

Si oui laquelle ?

- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :

.....

- Porte-t-il/elle des lunettes ? OUI / NON

- Porte-t-il/elle un appareil auditif ? OUI / NON

- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? OUI / NON. Si oui lequel ?.....

INFORMATIONS MEDICALES :

* L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

Bronchite	O	O
Saignements de nez	O	O
Maux de tête	O	O
Maux de ventre	O	O
Coups de soleil	O	O
Constipation	O	O
Diarrhée	O	O
Vomissements	O	O
Mal de la route	O	O
Autres		
Diabète	O	O
Maladie Cardiaque	O	O
Epilepsie	O	O
Hyper tension	O	O
Affection de la peau	O	O
Incontinence	O	O
Asthme	O	O
Sinusite	O	O

A certains médicaments ? OUI / NON Si oui, lesquels ?

.....
.....

Au soleil ? OUI / NON Si oui, quelles précautions particulières prendre ?

.....
.....

* Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? OUI / NON

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

.....

* A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? OUI / NON. Date du dernier rappel :

* Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

.....
.....

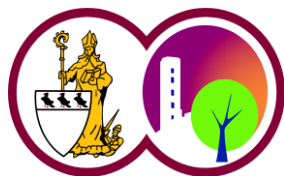
Les informations fournies sur cette « fiche médicale » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été mentionnés sur ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable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

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur :

.....

Date de signature

Signature du responsable légal



dynamic
one

WOLUWE
TOUT À LOISIRS
JJJY • FONDS SPORTIF ASBL