



Les petites Bouilles asbl - Fiche santé 2024-2025

A rendre à la responsable du projet d'accueil

Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : / / NISS : -
Nom du chef de famille (en charge des frais de garde) :
NISS de la personne en charge des frais de garde : -
Rue, n°, Bte :
Code Postal, localité :

1^{ère} Personne de contact en cas d'urgence :

Tél : Lien de parenté :

2^e Personne de contact en cas d'urgence :

Tél : Lien de parenté :

3^e Personne de contact en cas d'urgence :

Tél : Lien de parenté :

SANTE

Nom et n° de tél. du médecin traitant :

.....

Etat de santé de votre enfant : TRES BIEN / BIEN / MOYEN

Quel est son groupe sanguin ?

INFORMATIONS MEDICALES

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité ? (Ex : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, interventions médicales, ...)

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour y réagir.

.....

.....

.....
.....
.....
.....
Est-il/elle vacciné contre le tétanos ? OUI / NON en quelle année ?

Est-il/elle allergique ? OUI / NON

Votre enfant est-il/elle allergique ou intolérant à certaines substances, aliments ou médicaments ?
OUI / NON

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
Quelles en sont les conséquences ?

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

.....
.....
.....
Votre enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

Doit-il/elle prendre des médicaments ? OUI / NON

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

LOISIRS

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation)

.....
Raison d'une éventuelle non-participation :

.....
Sait-il nager ? TRES BIEN / BIEN / MOYEN / DIFFICILEMENT / PAS DU TOUT

Date et signature