



FICHE MEDICALE DE LIAISON

1- le participant

- Nom Prénom..... Date de naissance.....
- Nom du chef de famille :
- Adresse :
- Tél..... Tel travail ou GSM :

2-Lieux de vie :

- ou l'enfant vit il habituellement ? famille /grands-parents/autres
- personnes à contacter en cas d'urgence pendant la période de vacances
- Nom et prénom :Tél :lien de parenté :
- Nom :Tél : lien de parenté :
- Niveau d'étude :
- A-t-il/elle des frères ou Sœurs ? oui/non si oui, combien ?

3-Loisirs

- Quels sont ses loisirs favoris ?
- Y a-t-il des activités ou sports qu'il /elle ne peut pas pratiquer ?
- Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui/non
- Sait-il /elle nager ? TB/B/Moyen/difficilement/pas du tout
- A-t-il /elle déjà participé à une colonie de vacance ? oui/non/si oui ,ou et quant
.....

4- Sommeil/ : Repas

- A -t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher/pendant la nuit ?
- Faut il le /la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ?
- Y-a t il des aliments qu'il /elle ne digère pas ? oui/non si oui,
les quels ?

5-Santé :

- Nom du médecin traitant et téléphone :
- Etat de santé actuel du participant : TB/B/Moyen
- Groupe sanguin :
- Quel est son poids ?sa taille ?

6- INFORMATION MEDICALE :

| | OUI | NON | si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? quelles Précaution particulières à prendre ? |
|----------------------|-----|-----|---|
| Maladie cardiaque | | | |
| Epilepsie | | | |
| Diabète | | | |
| Affection de la peau | | | |
| Insomnie | | | |
| Somnambulisme | | | |
| diarrhée | | | |
| Incontinence | | | |
| Maladie contagieuse | | | |
| Asthme | | | |
| Sinusite | | | |
| Bronchite | | | |
| Saignement de nez | | | |
| Maux de tête | | | |
| Maux de ventre | | | |
| Vomissement | | | |
| Coups de soleil | | | |
| Constipation | | | |
| Mal de route | | | |
| Autres | | | |

- a-t-il subi une maladie ou intervention grave ? oui/non si oui, quand et laquelle ?
- est-il/elle allergique ?
- a certains produits alimentaires ? oui/non si oui les quels ?
- a certain médicaments ? oui/non si, lesquels ?
- au soleil ? oui/non si oui, quelles précautions particulières prendre ?
- a d'autres choses ? oui/non si oui à quoi ?
- a-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :
- porte t-il des lunettes ? oui/non si oui, quelle dioptrie ?
- porte t-il un appareil auditif ? oui/non
- souffre t-il/elle d'un handicap ? oui/non/ si oui lequel ?
- A-t-il /elle été vacciné contre le tétanos ? oui/non
- y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

.....

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur) Mle :

Signature :

Fait àle.....

N.B :le père ou le tuteur légal de l'enfant assume sa entière responsabilité en cas de dissimulation d'informations ou de déclarations erronées.