



Vignette de mutuelle à coller ici

## **FICHE MEDICALE** **INDIVIDUELLE**

A faire compléter avec précision par les parents ou par un médecin (une fois/an),  
et à retourner à la coordinatrice Accueil Temps Libre de Doische.  
Toute modification des coordonnées ou de l'état de santé de l'enfant doit être signalée.

### **Identité de l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le ..... (jour-mois-année) Classe (année entrante) : .....  
Ecole fréquentée : .....  
Adresse : Rue ..... N° ..... Bte.....  
Localité : ..... CP : ..... Pays : .....

### **Identité du parent**

Nom : ..... Prénom : .....  
Numéro de registre national du parent responsable : .....  
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : Rue .....  
N° ..... Bte..... Localité : ..... CP : .....  
Tél : ..... / ..... E-mail : .....

### **Personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom, prénom, adresse :  
.....  
..... Tél : ..... / ..... GSM : ..... / .....

Nom, prénom, adresse :  
.....  
..... Tél : ..... / ..... GSM : ..... / .....

Médecin traitant Nom – Adresse :  
.....  
..... Tél : ..... / ..... GSM : ..... / .....

### **Personnes non autorisées à reprendre l'enfant**

.....

### **Soins à prodiguer et prescriptions pendant l'accueil**

Le participant doit-il prendre des médicaments ? OUI – NON Si oui, FOURNIR la prescription  
médicale, lesquels, quand et en quelle quantité : .....  
.....  
.....

Est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? OUI - NON

### Informations médicales (entourez la bonne réponse)

Diabète OUI — NON      Mal des transports OUI — NON      Somnambulisme OUI — NON  
Asthme OUI — NON      Affection cardiaque OUI — NON      Rhumatisme OUI — NON  
Épilepsie OUI — NON      Affection cutanée OUI — NON      Autre(s) : .....

Handicap mental ou moteur OUI – NON Si oui, précisez : .....

Opérations subies : .....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI — NON Si oui, lequel ? .....

Peut-il participer aux activités sportives ? OUI — NON

Peut-il participer aux baignades ? OUI - NON

Sait-il nager ? TB – B – M - NON

Est-il allergique à des médicaments ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....

Est-il allergique à des aliments ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....

Est-il allergique à des matières ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI — NON (date du dernier rappel) .....

A-t-il reçu du sérum antitétanique ? OUI — NON (en quelle année ?) .....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (port de lunettes, appareil auditif, problèmes physiques ou psychiques...) .....

### Diffusion de photos

Autorisez-vous le service à diffuser des photos de votre enfant prises durant les activités sur différents réseaux sociaux (Facebook de l'ATL, de la commune de Doische), sur les affiches, ainsi que sur le site internet de la commune : OUI - NON

En signant cette fiche, vous marquez votre accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires durant les activités de votre enfant soient entrepris. Vous autorisez le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de votre enfant.

*Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées, si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.*

Date : .....

Signature du parent :