



Fiche individuelle de santé

- MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT ET EN MAJUSCULE -

PARTICIPANT

NOM

PRÉNOM

Fille / Garçon (entourer)

Lieu et date de naissance :

Rue : numéro : bte :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Gsm :

E-mail :

LIEUX DE VIE

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille/ Garde alterné/ Institution/ Grands-parents/ Autre :

.....

PERSONNE RESPONSABLE

Personne à contacter en cas de nécessité :

NOM :

PRÉNOM :

Lien de parenté:

Rue : numéro : bte :

Code Postal : Ville :

Tél. fixe: Gsm:

Email :



MUTUELLE

Le jeune est-il couvert par une mutuelle? Oui – Non

Si oui, veuillez nous transmettre 3 vignettes (collez ici – par un coin)

DONNÉES MÉDICALES

- Nom du médecin traitant :
- Téléphone du médecin traitant :
- Groupe sanguin du jeune :
- État de santé général : ++ + - --
- Est-il (elle) soigné(e) par homéopathie : Oui - Non

Maladies antérieures importantes (+dates) :

.....

- Opérations subies (+dates):.....

.....

Le jeune souffre-t-il d'une maladie de manière régulière ou chronique (veuillez cocher les cases ci-dessous) : Si oui, quels sont les traitements habituels, quelles précautions prendre ?

DESCRIPTION	OUI	NON
Diabète		
Maladie cardiaque		
Epilepsie		
Affection cutanée		
Somnambulisme		
Insomnie		
Maladie contagieuse		
Asthme		
Sinusite		
Saignements de nez		
Maux de tête		
Sensibilité au soleil		
Port de lunettes		
Problèmes physiques particuliers		
Autres (port d'un quelconque appareil, etc.) :		
.....		
Précautions – traitements :		
.....		



- Est-il vacciné contre le tétanos : Oui – Non
Date du dernier rappel :/...../.....

- **Si l'enfant est sujet à crises** : Comment peut-on anticiper cela ? Que peut-on mettre en place pour garantir un séjour agréable pour tous ? Quelles sont les réactions privilégiées au quotidien ?
.....
.....
.....

Veuillez remplir ce semainier en indiquant le nom des médicaments ainsi que la quantité de chacun d'eux (exemple : pendant, avant ou après les repas).

	Matin	Midi
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

- A-t-il (elle) subi une maladie ou intervention grave ? OUI – NON
Si oui, quand et laquelle ?
.....
.....
.....

- Est-il allergique ou particulièrement sensible
 - à certains aliments? Oui – Non

Lesquels?.....
.....

- à certains médicaments? Oui – Non

Lesquels?.....

- autre:.....



Centre de Rencontres et d'Hébergement Arc-en-Ciel "La Ferme"

Site: www.arc-en-ciel.be

Rue Baillet-Latour, 2A
6761 Latour (Virton)

Mail: stage@arc-en-ciel.be

Tél: 063/58.19.31 0476/64.24.28

- Le jeune est-il vite fatigué ? Oui – Non
- Le jeune est-il sensible au refroidissement ? Oui – Non
- En cas d'activité extraordinaire, le jeune est-il soumis à un régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien) ?

ACTIVITÉS - LOISIRS

- Le jeune sait-il nager ? Oui – Non
- Pratique-t-il un sport ? Oui – Non
Si oui, lequel ?
- Loisirs préférés :
- Peut-il participer à toutes les activités ? Oui – Non
Si non, lesquels ?

REMARQUES / AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

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