**FICHE SANTE PLAINE DE VACANCES année 2021-2022**

**LE(LA) PARTICIPANT(E) (A NOTER EN MAJUSCULES)**

Nom : …………………………………... Prénom : ……………………… Date de naissance : ……………

Numéro de registre national : (enfant) …………………………………………………………………………..   
Nom du chef de famille : …………………………………………………………………………………………..

Numéro de registre national des parents : (papa) ……………………………(maman)………………………..

Adresse complète (**des deux parents en cas de séparation**):

(Maman)……………………………………………………………………………………………………………….  
(Papa)…………………………………………………………………………………………………………………..  
Tél. travail ou Gsm du parent : ………………………………………………………………………………………

Adresse e-mail : ……………………………………………………………………………………………………....

Ecole fréquentée : …………………………………………………………………………………………………….

Nom de la Mutuelle : ………………………………………………………………………………………………….

Vignette de Mutuelle (à coller) :

**PERSONNES POUVANT REPRENDRE MON ENFANT À LA SOTIE DU STAGE :**

Nom, Prénom : …………………………………………….. Téléphone : …………………………….

Nom, Prénom : …………………………………………….. Téléphone : …………………………….

**PERSONNES NE POUVANT PAS REPRENDRE MON ENFANT À LA SOTIE DU STAGE :**

Nom, Prénom : ………………………………………………………………………………………….

Nom, Prénom : ………………………………………………………………………………………….

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE**

1. Nom : ……………………….…………. Lien de parenté : …………..……….Téléphone : ……………………

2. Nom : ………………………………….. Lien de parenté :……………..……. Téléphone : ...…………………

3. Nom : …………………………….….... Lien de parenté :…………………….Téléphone : ………..…………

**INFORMATIONS MEDICALES**

Nom du médecin traitant : ……………………………......................………..Tél. …………………….…………..

Rhésus sanguin : ………………………………………………………..................................................................

Votre enfant est-il allergique :

- A certains produits alimentaires ? ……..…………………….…………………………………………………...  
- A certains médicaments ? …………...……………………..……………………………………………………..  
- A d’autres choses ? Si oui, à quoi ? ……..………..…………..………………………...................................

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON | Si oui, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles sont les précautions particulières à prendre ?  MERCI DE COMPLETER SI NECESSAIRE |
| Diabète |  |  |  |
| Maladie cardiaque |  |  |  |
| Epilepsie |  |  |  |
| Affection de la peau |  |  |  |
| Maladie contagieuse |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Sinusite |  |  |  |
| Bronchite |  |  |  |
| Saignement de nez |  |  |  |
| Maux de tête |  |  |  |
| Maux de ventre |  |  |  |
| Coups de soleil |  |  |  |
| Incontinence |  |  |  |
| Mal de route |  |  |  |
| Handicap moteur ou mental (information importante pour l’encadrement) |  |  |  |

* Porte-t-il(elle) des lunettes ? Oui / Non
  + Porte-t-il(elle) un appareil auditif ? Oui / Non
* A-t-il(elle) été vacciné(e) contre le tétanos ? Oui / Non (en quelle année ?.................)
* Autres remarques utiles et/ou objections relatives à la participation aux activités quotidiennes :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**LOISIRS**

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

……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………….

Les raisons pour lesquelles il ne peut pas pratiquer ?

.……………………………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………….…………………………………………

Votre enfant sait-il nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il peur de l’eau ? Oui / Non

Au vu de la législation actuelle, ni les animateurs(-trices), ni la coordinatrice ne peuvent administrer de médicaments spécifiques aux enfants. Seuls les soins d’urgence seront prodigués.

Si une médication est absolument nécessaire, nous vous demandons de nous fournir un certificat médical récent. (document spécifique + prescription à demander à l’animatrice).

Dans un souci de prévention, les parents sont tenus de nous informer de tout changement éventuel concernant l’état de santé de leur(s) enfant(s).

En cas d’accident ou maladie, les animatrices peuvent faire appel à un médecin (de préférence, le médecin traitant de l’enfant) ou à un service d’urgence (aux frais de la personne responsable de l’enfant).

**Au cas où l’état de santé de l’enfant réclamerait une décision urgente et/ou vitale, et, à défaut de pouvoir contacter les parents, la personne responsable laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.**

D’autre part, afin d’éviter ou de réduire le risque d’une épidémie mais également pour le bien-être de tous, nous vous remercions de bien vouloir nous déclarer si votre (vos) enfant(s) présente(nt) une des maladies contagieuses suivantes :

1. **Diphtérie** (urgence sanitaire, contacter Mde Beaumont ou la Commune dans les 24 h),
2. **Méningococcies** (urgence sanitaire, contacter Mde Beaumont ou la Commune dans les 24 h),
3. **Poliomyélite** (urgence sanitaire, contacter Mde Beaumont ou la Commune dans les 24 h),
4. **Gastro-entérite ,**
5. **Hépatite A,**
6. **Infections à streptocoques** (y compris la scarlatine),

1. **Tuberculose,**
2. **Coqueluche,**
3. **Oreillons,**
4. **Rougeole,**
5. **Rubéole,**
6. **Gale,**
7. **Impetigo,**
8. **Molluscum contagiosum,**
9. **Teignes du cuir chevelu**,
10. **Pédiculose** (poux),
11. **Verrues plantaires et Athlet foot** (écartement des activités aquatiques),
12. **Varicelle – zona**
13. **COVID- 19 : si au moins l’un des symptômes majeurs suivants** : fièvre, toux, difficulté respiratoire.

ou **au moins deux des symptômes mineurs suivants** : fatigue (altération de l’état général, irritabilité, pleurs…), rhinite (écoulement ou encombrement nasal), maux de gorge (pharyngite), anorexie, diarrhée aqueuse, myalgies, céphalées. - une aggravation de symptômes respiratoires chroniques (asthme, toux chronique...). (Urgence sanitaire, contacter Mde Beaumont ou la Commune dans les 24 h)

**J’AUTORISE** la Sittelle à utiliser mon adresse pour m’envoyer les courriers concernant l’accueil de mes enfants en centre extra-scolaire (fiche fiscale, folders…)

* Oui
* Non

**J’AUTORISE** la Sittelle et l’Administration Communale à diffuser des photos ou vidéo non ciblées prises à l’occasion des activités dans le bulletin communal ou sur les sites internet de la commune ([www.ouffet.be](http://www.ouffet.be) ou le compte Facebook LaSittelle)

* Oui
* Non
* Oui avec condition :……………………………………………………………………………….

**Je certifie avoir pris connaissance du Règlement d’Ordre Intérieur et en accepte les termes.**

Fait à Ouffet, le………………………..

**Nom, lien de parenté et Signature**