

**FICHE MEDICALE : STAGE ..... au ...../...../20....***(à apporter le premier jour de stage sur place + joindre copie de la carte d'identité)***Nom du participant :****Prénom :**

Date de naissance :

Lieu :

Adresse :

Tél. : /

Gsm : /

**Lieux de vie :**

- Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents /
- Personne à contacter en cas d'urgence pendant le camp :

Nom :

Tél. :

Lien de parenté :

Nom :

Tél. :

Lien de parenté :

**Loisirs :**

- Y a-t-il des activités/sports qu'il/ elle ne peut pratiquer ?
- Peut-il/elle pratiquer la natation? oui/non
- Sait -il/elle nager? TB    B    Moyen    Difficilement    Pas du tout

**Sommeil et 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 ? oui/non
  - Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui/non    lesquels ?
  - A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui/non
- Si oui, lequel :

**Santé :**

- **Nom du médecin traitant :**  
Adresse :  
Tél. :
- Etat de santé actuel du participant : TB    B    Moyen
- Est-il/elle soignée par homéopathie ? oui/non
- GROUPE SANGUIN :

**INFORMATIONS MEDICALES :**

- A-t-il/elle subi une maladie ou une intervention grave? oui/non  
Si oui, quand et laquelle ?
- Est-il allergique ? produits alimentaires ?    oui/non    Si oui, lesquels ?  
médicaments ?    oui/non    Si oui, lesquels ?  
autres choses ?    oui/non    Si oui, à quoi?
- Votre fille est-elle réglée ? oui/non
- Doit-il prendre des médicaments durant le stage? oui/non  
Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?
- 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  
Date de la première injection : Date du dernier rappel :
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Maladie contagieuse			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Coups de soleil			
Maux de ventre			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Autres			

Les informations fournies sont réputées exactes et complètes. Action Sport ne sera nullement incriminé pour des faits ou des éléments n'ayant pas été annotés dans le document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avérait nécessaires (opération, traitement médical ...)

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

Date : Signature des parents ou du responsable :