





CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

Directrice : M. Becquaert
Avenue Charles Thielemans, 95 – 1150 Bruxelles
mbecquaert@woluwe1150.be
02/773.06.55
n°entreprise : 475.634.451
RPM : Région de Bruxelles Capitale

Service EDD/ATL/CDV
rue de la Fleur d'Oranger, rdc - 1150 Bruxelles
resp : Anne Ceuppens
edd.capfamille@outlook.com
02/852.79.92
www.capfamille.eu

FICHE SANTÉ

COLLER LA VIGNETTE ICI

- PRÉNOM ET NOM DU PARTICIPANT :
- DATE DE NAISSANCE :
- ADRESSE :
- TÉLÉPHONE :
-  NISS DE L'ENFANT :
-  NISS DU PARENT OU DE LA PERSONNE QUI A L'ENFANT À SA CHARGE:

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| - Nom : | - Nom : |
| - Lien de parenté : | - Lien de parenté : |
| - Téléphone : | - Téléphone : |

3^{ème} PERSONNE A CONTACTER SI LES DEUX PREMIERES PERSONNES SONT INJOIGNABLES :

- Nom :
- Lien de parenté :
- Téléphone :

NOM ET N° TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DE FAMILLE :

- Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation,...)
.....
- Raisons d'une éventuelle non-participation :
-



CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

Directrice : ~~M. Becquaert~~
Avenue Charles Thielemans, 95 – 1150 Bruxelles
mbecquaert@woluwe1150.be
02/773.06.55
n°entreprise : 475.634.451
RPM : Région de Bruxelles Capitale

Service EDD/ATL/CDV
rue de la Fleur d'Oranger, rdc - 1150 Bruxelles
~~resp~~ : Anne Ceuppens
edd.capfamille@outlook.com
02/852.79.92
www.capfamille.eu

FICHE SANTÉ (SUITE)

- Sait-il/elle nager ? TB / B / MOYEN / DIFFICILEMENT / PAS DU TOUT

- A-t-il/elle peur de l'eau ? OUI / NON

- Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ séjour ? (ex : problème cardiaque, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanée, handicap moteur ou mental,...)

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....
.....

- Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ?

(+ Année ?) (Rougeole, appendicite...)

.....
.....

- Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? OUI/NON en quelle année :

- Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels

Quelles en sont les conséquences ?

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

.....

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

.....

- Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) OUI / NON

.....



CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

Directrice : ~~M. Becquaert~~
Avenue Charles Thielemans, 95 – 1150 Bruxelles
mbecquaert@woluwe1150.be
02/773.06.55
n°entreprise : 475.634.451
RPM : Région de Bruxelles Capitale

Service EDD/ATL/CDV
rue de la Fleur d'Oranger, rdc - 1150 Bruxelles
~~resp~~ : Anne Ceuppens
edd.capfamille@outlook.com
02/852.79.92
www.capfamille.eu

Remarque suivante, importante, concernant l'usage de médicaments.

Les animateurs disposent d'une boîte de 1^{er} soin. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient. Du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

Je soussigné(e).....Père – Mère – Tuteur
Denom et prénom de l'enfant.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfants par le responsable de l'accueil ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Fait à CAP FAMILLE ASBL, Woluwe Saint-Pierre : le /..... /.....

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA PLAINE :

SIGNATURE DU PARENT OU DE LA
PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT :





CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

Directrice : M. Becquaert
Avenue Charles Thielemans, 95 – 1150 Bruxelles
mbecquaert@woluwe1150.be
02/773.06.55
n°entreprise : 475.634.451
RPM : Région de Bruxelles Capitale

Service EDD/ATL/CDV
rue de la Fleur d'Oranger, rdc - 1150 Bruxelles
resp : Anne Ceuppens
edd.capfamille@outlook.com
02/852.79.92
www.capfamille.eu

AUTORISATION PARENTALE

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e).....Père – Mère – Tuteur
autorise..... nom prénom de l'enfant à participer à l'activité
plaine de vacances.

Qui se déroulera du 02/05/2023 au 05/05/2023

08/05/2023 au 12/05/2023 à Woluwe Saint-Pierre en Belgique.

Durant cette période :

- Je le/la place sous la garde de ses encadrants.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place et poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.

« Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par le personnel encadrant et le cas échéant par les prestataires de santé consultés.

Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, le RGPD, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment en prenant contact avec Anne Ceuppens, la responsable du service EDD/ATL/CDV ou par mail edd.capfamille@outlook.com. »

DATE ET SIGNATURE :

