**FICHE SANTÉ**

COLLER LA VIGNETTE ICI

- PRÉNOM ET NOM DE L’ENFANT: …………..……………………………………………………………………………………………….

- DATE DE NAISSANCE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

- ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- NISS DE L’ENFANT : …………………………………………………………………………………………………………………………………

- **NISS DU PARENT OU DE LA PERSONNE QUI A L’ENFANT À SA CHARGE:**

NOM – PRENOM : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

NISS : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- **IDENTITÉ DES PARENTS :**

Nom père (tuteur): ............................................................................................................................................

Prénom: ...........................................................................................................................................................

Adresse: ...........................................................................................................................................................

Mail: .................................................................................................................................................................

Téléphone: .......................................................................................................................................................

Nom mère (tuteur) :……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prénom: ...........................................................................................................................................................

Adresse: ...........................................................................................................................................................

Mail: .................................................................................................................................................................

Téléphone: .......................................................................................................................................................

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

Nom : ……………………………………………………. Lien de Parenté : ……………………. Téléphone : ………………..……………

Nom : ……………………………………………………. Lien de Parenté : ……………………. Téléphone : ………………..……………

Nom : ……………………………………………………. Lien de Parenté : ……………………. Téléphone : ………………..……………

**NOM ET N° TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DE FAMILLE :**

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

**FICHE SANTÉ (SUITE)**

**- Le participant peut-il participer aux activités proposées ?** (sport, excursions, jeux, natation,…)

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

**- Raisons d’une éventuelle non-participation :** ………………………………………………………………….……………………….

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

**- 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**

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

- J’autorise mon enfant à recevoir l’application de crème a l’arnica en cas de piqure d’insectes OUI / NON - j’autorise mon enfant à recevoir l’application de crème solaire OUI / NON

# **AUTORISATION PARENTALE**

## A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e)………………………………………………………………………………. Père – Mère – Tuteur de …………………………………………………………………….. (Nom prénom de l’enfant) marque mon accord pour :

**Durant l’année scolaire 2025-2026**

* Je le/la place mon enfant sous la garde de ses encadrants.
* la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par le responsable de l’accueil ou par le service médical.
* J’autorise le médecin à prendre les décisions qu’il juge urgentes et indispensables pour assurer l’état de santé de mon enfant, même s’il s’agit d’une intervention chirurgicale.

## *« 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 l’équipe de Cap Famille ou par mail* [*edd.capfamille@outlook.com.*](mailto:edd.capfamille@outlook.com)*»*

FAIT A CAP FAMILLE ASBL, WOLUWE SAINT-PIERRE LE ……. /.…... /…….

SIGNATURE :