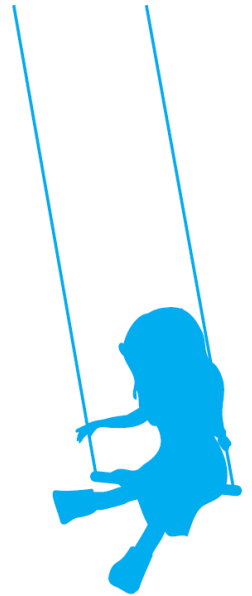




Action Jeunesse Info

« A fond la forme » plaine semi intégrée



FICHE SANTE ANNEE 2016

1. LE PARTICIPANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom du tuteur :

Adresse :

Tél. privé :Tél. travail ou GSM :

A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances ? oui / non

2. LIEU DE VIE :

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille / institution / grands-parents

Si l'enfant vit habituellement dans un établissement spécialisé :

Nom de l'établissement :

Adresse :Tél/GSM :

Personne à contacter en cas d'urgence pendant le centre de vacances :

1. Nom :Tél. : Lien de parenté :

2. Nom :Tél. : Lien de parenté :

3. Nom :Tél. : Lien de parenté :

Type d'enseignement suivi : général / spécialisé

Nom de l'école : Année scolaire :

A-t-il (elle) des frères ou sœurs ? oui / non si oui, combien ?

3. LOISIRS :

Y a-t-il des activités / sports que l'enfant **ne peut pas pratiquer** ? oui/non

Lesquels ?

Sait-il lire ? : Oui/ non Sait-il écrire ? : oui / non

Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui / non

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout.

Sait-il/elle rouler à vélo ? oui / non

Peut-il être en contact avec des animaux ? oui/non

Quels sont ses activités favorites ?

.....
.....

Combien de temps peut-il consacrer à une activité ?.....

4. VIE EN COMMUNAUTE

A-t-il des difficultés d'expression ? oui / non

Si oui utilise-t-il un code particulier ? Expliquez

.....
.....

A-t-il des difficultés de compréhension ? oui / non

Marche-t-il sans aide ? oui /non

Si non qu'utilise t'il ?A l'intérieur / à l'extérieur

.....

A-t-il besoin d'un temps de sieste dans la journée ?.....

Votre enfant mange-t-il et boit-il de manière autonome ? oui/non

Si non expliquez.....

.....

A-t-il un régime particulier à suivre ? oui / non

Si oui, merci d'expliquer en annexe

Faut-il surveiller la quantité de nourriture ? oui/non

Est-il capable de se moucher ? oui/non

Votre enfant est-il sujet à des fugues ? oui/non

A-t-il conscience des dangers ? oui/non

A-t-il des peurs ? oui/ non

Si oui de quoi ?.....

Comment le rassurer ?.....

A-t-il des habitudes ? (objet, attitude qui le rassure,...)

Expliquez.....

Est-t-il incontinent ?.....



Si oui porte-t-il des langes ? oui/non Faut-il l'accompagner aux toilettes ? oui/non
Est-il sujet à la constipation ? oui/non A-t-il atteint la puberté ? oui/non

Les points suivants sont à faire approuver par le médecin traitant (en cas de prise de médication durant les heures de plaines)

5. SANTE :

Je soussigné, Docteur.....

Médecin traitant de la personne précitée, déclare avoir pris connaissance des points données ci-dessous et certifie que ces renseignements sont exacts et complets.

Date et signature :.....

Numéro de téléphone du médecin traitant :.....

Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen

Groupe sanguin :.....

Quel est le diagnostic précis du handicap de l'enfant ?

.....
.....

A-t-il besoin de soins paramédicaux ? oui / non

Si oui détaillez le type et la fréquence

.....

Souffre-t-il d'épilepsie ? oui/ non

Si oui quel en est la fréquence et quand date la dernière crise ?

En cas de crise, merci d'expliquer en annexe comment réagir

Souffre-t-il de diabète ? oui/non

Souffre-t-il d'une maladie du cœur ? oui/ non

Souffre-t-il d'asthme ? oui/ non

A-t-il reçu le vaccin antitétanique ? oui /non Date du dernier rappel :.....

Est-il/elle allergique :

A certains produits alimentaires ? oui / non

Si oui, lesquels ?.....

A certains médicaments ? oui / non

Si oui lesquels ?.....

A d'autres choses ? oui / non

Si oui, à quoi ?

6. SENSIBILITE :

A-t-il des problèmes de vue ? Oui/ non Porte-t-il des lunettes ? Oui/ non
A-t-il des problèmes d'ouïe ? Oui/ non Porte-t-il un appareil auditif ? Oui/ non
A-t-il une autre difficulté sensorielle ?.....
Craint-il les refroidissements ou les coups de chaleur ? Oui/non
Quelle est sa taille ?..... Quelle est son poids ?.....



7. MEDICATION

Nom du médicament	Matin	Midi	16h

Merci de mentionner le moment du repas (avant/pendant/après)

Doit-il prendre un médicament spécifique dans certaines circonstances ? oui/ non

Si oui, expliquez :.....

.....

Y a-t-il d'autre remarque concernant la santé de l'enfant qui n'apparait pas dans la présente fiche :.....

.....

**Date et signature du/des responsables de l'enfant :
(Veuillez coller une vignette mutuelle)**

