

IDENTIFICATION	
L'enfant	
Nom – Prénom	.....
Date de naissance	.....
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	N° de registre national :
<i>Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour la colonie. Lors du premier jour de la colonie, n'oubliez pas de donner au directeur : la carte d'identité de votre enfant et sa carte européenne d'assurance maladie.</i>	
Personne(s) légalement responsable(s) de l'enfant	
Nom – prénom	M.
Non – prénom	Mme
Gsm mère :	.....
Gsm père :	.....
Téléphone fixe :	.....
Adresse :	..... ..... ..... Code postal.....Ville
Personne à prévenir en cas d'absence des parents	
Nom – Prénom :	.....
Gsm :	.....
Téléphone fixe :	.....
Adresse :	..... ..... ..... Code postal.....Ville
Médecin traitant	
Nom – Prénom :	.....
Numéro de téléphone fixe :	.....
Numéro de téléphone portable :	.....
Adresse :	..... ..... ..... Code postal.....Ville

ANTECEDENTS MEDICAUX	
Maladies graves	Non / Oui* Lesquelles ?
Interventions chirurgicales	Non / Oui Lesquelles ?

* biffer les mentions inutiles

HANDICAPS	
Votre enfant a-t-il un handicap physique ?	Non / Oui Lequel ?

Votre enfant a-t-il un handicap mental ?	Non / Oui Lequel ?
--	--------------------------------

MALADIES CHRONIQUES	
Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ?	
• Diabète	Non / Oui
• Epilepsie	Non / Oui
• Asthme	Non / Oui
• Maladie cardiaque	Non / Oui
• Maladie cutanée	Non / Oui
• Autres :	..... .....
ALLERGIES ET INTOLERANCES	
Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ?	Non / Oui Lesquels ?
Votre enfant est-il allergique à certains aliments ?	Non / Oui Lesquels ?
Autres allergies ?	Non / Oui Lesquelles ?
Intolérances ?	Non / Oui Lesquels ?
Si nécessaire, précisez le type de réaction allergique, et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :	

PRISE DE MEDICAMENTS	
L'enfant suit-il un traitement médical pendant la colonie ?	Non / Oui
Si oui, joindre : une ordonnance récente au nom de l'enfant et précisant : le nom du médicament, la posologie, le mode d'administration et la période ou la fréquence d'administration, ainsi que les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)	
Si l'enfant doit prendre des médicaments durant la colonie, indiquez ci-contre (merci d'être précis) :	Quels médicaments ? Quand ? En quelle quantité ?
<i>Sous réserve du point ci-dessous, les encadrants ne donneront aux enfants aucun médicament qui ne serait pas repris ci-dessus et qui n'aurait pas été prescrit par un médecin pour l'enfant.</i>	

Autres informations utiles sur les soins à administrer :

.....

Fièvre et médicaments contre la douleur :

Il est interdit aux encadrants d'administrer des médicaments de leur propre initiative. L'administration de médicaments analgésiques et antipyrétiques légers tels que le Dafalgan est donc réservée à un médecin s'il n'y a pas d'autorisation parentale. Dans certaines situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, avec votre autorisation expresse reprise ci-dessous, les encadrants pourront administrer les produits suivants à votre enfant : *paracétamol, antiseptique pour le soin des plaies, crème à l'arnica pour les piqûres d'insecte ou coups de soleil.*

Je (Nous), responsable(s) légal(aux), donne(ons) l'autorisation d'administrer les produits suivants à notre enfant : *paracétamol, antiseptique pour le soin des plaies, crème à l'arnica pour les piqûres d'insecte ou coups de soleil.*

Oui Non Posologie :

Remarque éventuelle :

DIVERS

Vaccin contre le tétanos :

Le vaccin antitétanique est obligatoire pour venir à la colonie. Un rappel doit avoir lieu tous les 5 ans

Vacciné le :
 Rappel le :

En cas d'absence de vaccin anti-tétanique, l'enfant ne peut pas prendre part à la colonie sans que vous ayez rempli, signé et validé la décharge reprise en dernière page (annexe).

Votre enfant est-il énurétique ?

Oui / Non / Parfois

Votre enfant est-il somnambule ?

Oui / Non / Parfois

Votre enfant sait-il nager ?

Oui / Non

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités sportives et adaptées à son âge ?

Oui / Non

Remarques éventuelles / activités impossibles :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires, etc. ? Précisez.
 Avez-vous d'autres recommandations ?

.....

SIGNATURE DU/DES RESPONSABLE(S) LEGAL/LEGAUX

Je / Nous soussigné(e)(s)
 responsable(s) légal/légaux de l'enfant, déclare/déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise/autorisons le responsable de la colonie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) qui s'imposeraient en cas d'urgence en cours d'activité. Je/Nous demande/demandons à en être averti(e)(s) au plus vite.

Date : Signature(s)

Annexe : décharge en cas de non-vaccination

Dûment averti(e)(s) des risques encourus en l'absence de vaccinations généralement préconisées, dont le TETANOS, le(s) soussigné(s),

(prénom et nom)

parent(s) ou responsable(s) légal/légaux, confirme(nt) sa/leur volonté de ne pas vacciner

(prénom et nom de l'enfant)

Il(s) décharge(nt) les responsables de la Colonie Saint-Hubert, à quelque niveau que ce soit (y compris le directeur), des conséquences de l'absence de vaccination. Dans tous les cas de blessure, il y aura une prise en charge par un médecin aux frais des parents.

En cas de prise en charge médicale de l'enfant, les parents / responsable(s) légal/légaux se tiennent disponibles aux numéros de téléphone suivants :

.....

Ils se tiennent à disposition de l'équipe médicale qui prendra contact avec eux.

Fait à , le

Signatures :

Cachet de la commune