Une image contenant texte

Description générée automatiquement **FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE**

***ANNÉE ACADÉMIQUE 2022/2023***

*À faire compléter avec précision par les parents ou par un médecin, et à envoyer au coordinateur par courrier postal (rue de Marchienne 5, 6110 Montigny-le-Tilleul ou par mail via l’adresse [paradismome@montignyletilleul.be](mailto:paradismome@montignyletilleul.be). Sans cette fiche, l’inscription de votre enfant ne sera pas validée.*

# Identité de l’enfant

Nom : ........................................................................ Prénom : .................................... Né(e) le ..................................

Adresse : Rue ……………………………………………………………………………………………….……… N° .. ……. Bte………..

Localité : ............................................................................................ ………………………….. CP : ……………………………….

# Personnes à contacter en cas d’urgence

Nom – Adresse : ............................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................ Tél / GSM : ...... / ..........................

Nom – Adresse : ............................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................ Tél / GSM : ........ / ..........................

# Médecin traitant

Nom – Adresse : ............................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................ Tél : .... / ......................................

**Informations médicales confidentielles L’enfant est-il atteint de :**

Diabète  Affection-maladie pulmonaire  Asthme  Épilepsie  Affection-maladie cardiaque

Affection – maladie cutanée  Rhumatisme  Handicap moteur  Handicap mental

Autres ………………………………………………..Fréquence et gravité : ………..…………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Est-il sujet à :**   * Saignements de nez réguliers ?  Oui –  Non * Maux de tête réguliers ?  Oui –  Non * Maux de ventre réguliers ?  Oui –  Non * Constipations-diarrhées régulières ?  Oui –  Non * Vomissements réguliers – nausées ?  Oui –  Non * Mal des transports ?  Oui –  Non * Incontinence ?  Oui –  Non   **A-t-il un régime alimentaire particulier ?**   Oui –  Non  Si oui, précisez ……………………………………………………….  **Est-il allergique à certaines matières/aliments ?**  Oui –  Non  Si oui, lesquels ?  …………………………………………………………………………… | Est-il sensible aux refroidissements ?  Oui –  Non  Est-il vite fatigué ?  Oui –  Non  Peut-il participer aux activités sportives ?  Oui –  Non  Peut-il participer aux baignades ?  Oui –  Non  Sait-il nager ? Oui –  Non  **A-t-il été vacciné contre le tétanos ?**  Oui –  Non  Date du dernier rappel …………………………………  **A-t-il reçu du sérum antitétanique ?**  Oui –  Non  En quelle année ?………………………………………  Date du dernier test à la tuberculine et résultat :  ……………………………………………………………  **Est-il allergique à des médicaments ?**  Oui –  Non  Si oui, lesquels ?  ……………………………………………………………… |

En cas **d’urgence nucléaire** survenant durant les heures d’accueil, nous suivons les recommandations du Ministères de la Santé publique ou du Gouverneur de la Province concernant l’administration de comprimés d’iode dans les collectivités d’enfants. Ces comprimés seront administrés UNIQUEMENT sur recommandation des autorités compétentes**.**

# Dans ce cadre, nous devons savoir s’il existe une contre-indication à la prise d’iode pour votre enfant ? Oui – Non

**Remarques :**

..........................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................

Nos animateur·trice·s et accueillant·e·s sont formé·e•s aux gestes de premiers secours par des opérateurs de formation agréés par l’ONE. N’ayant pas une formation d’infirmier(e), ils ne sont pas habilités à administrer ou appliquer spontanément des médicaments, des pommades ou tout autre produit, ni à réaliser des soins en dehors de ceux recommandés lors ces formations.

Si votre enfant doit recevoir un traitement, il est obligatoire de fournir au coordinateur un certificat médical autorisant un membre de l’équipe (nommé sur le certificat) à donner le traitement et précisant les indications essentielles (dosage, mode d’administration, durée du traitement, ...). Ce document doit être daté et signé par un médecin. Pour les traitements spécifiques devant être administrés par le corps médical (infirmière, médecin,...), nous vous invitons à prendre contact directement avec le coordinateur.

N’oubliez pas de signaler toute modification de l’état de santé de votre enfant au coordinateur.

Je soussigné monsieur/madame avoir complété cette fiche médicale avec précision le / /

à .

Les informations contenues dans la fiche médicale sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre

1992 relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à la loi du 19 juillet 2006 modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l'article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.