 **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. 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 – [ ]  NonSi oui, lesquels ? ……………………………………………………………………………   | Est-il sensible aux refroidissements ? [ ]  Oui – [ ]  Non Est-il vite fatigué ? [ ]  Oui – [ ]  NonPeut-il participer aux activités sportives ? [ ]  Oui – [ ]  NonPeut-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.