



« A fond la forme »,  
« A fond la forme village »  
et « Mini A fond la forme »



## FICHE SANTE

ANNEE 2017

### 1. LE PARTICIPANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom du chef de famille : .....

Adresse : .....

.....

Tél. privé : .....Tél. travail ou GSM : .....

### 2. LIEU DE VIE :

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

Autres :.....

### 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

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 Si non lesquels ?

.....

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

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

### 4. SANTE :

Nom du médecin traitant et téléphone :

.....

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

Groupe sanguin :.....

(suite au verso)

## 5. INFORMATIONS MEDICALES :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) : oui/non

Si oui, de quoi, quel est son traitement habituel ? Faut-il prendre des précautions particulières ?

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

A-t-il/elle subit une **maladie ou intervention grave** ? Oui / non

Si oui, quand et laquelle ?

.....

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 ?.....

Doit-il / elle prendre des **médicaments** pendant les animations ?

Oui / non

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?

.....

A-t-il/elle des **difficultés sensorielles**

particulières ?.....

Porte-t-il/elle : **des lunettes / un appareil auditif** / autre :

.....

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui / non

Si oui, lequel ?

.....

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? Oui / non

**Date et signature du/des responsables de l'enfant :**

----------------------



« A fond la forme »,  
 « A fond la forme village »  
 et « Mini A fond la forme »



## **FICHE D'AUTORISATION ANNEE 2017**

Pour la sécurité de vos enfants, nous vous prions de remplir ce document et de le remettre au maximum le premier jour d'activités.

### **1. SANTE**

Je soussigné,.....

(nom et prénom du parent),

responsable légal de .....

(nom et prénom de l'enfant)

• autorise/ n'autorise\* pas le responsable du groupe à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant et sur avis formel d'un médecin, toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation.

• autorise/ n'autorise pas\* la faculté à endormir et à opérer mon enfant, à utiliser des antibiotiques et à pratiquer des transfusions sanguines si les circonstances l'exigent.

(\*biffer les mentions inutiles)

### **2. REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR**

Par l'inscription aux plaines de vacances, je m'engage à respecter le règlement d'ordre intérieur (R.O.I.). Une copie de ce dernier peut m'être délivrée par simple demande lors de l'inscription.

### **3. LE TRANSPORT**

J'autorise les plaines de vacances « A fond la forme» à véhiculer l'enfant sus mentionné dans nos différents lieux d'activités et d'excursions.

### **4. LE RETOUR**

J'autorise mon enfant à rentrer

a) Seul(e) à pied / en vélo dès .....h..... (noter l'heure de son départ à partir de 16h30)

b) Accompagné(e) par :

.....  
 .....

Nom de la (des) personne(s) habituelle(s) qui viendra(ont) chercher l'enfant : .....

### **IMPORTANT**

**Si, au cours de sa participation, une autre personne devait venir rechercher l'enfant, veuillez le signaler au responsable.**

Fait à ....., le ...../ ...../ 2017

Signature du responsable légal