



Braives Jeunesse – Maison de Jeunes A.S.B.L.
 Chemin du via, 20
 4260 BRAIVES
 Tel. : 019/32.62.29
 Mail : animation@mjbraives.be
 Facebook : M.J. Braives

Fiche médicale :

A remettre OBLIGATOIREMENT à l'animateur référent de « Braives Jeunesse – Maison de Jeune » A.S.B.L.

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

1. NOM :

ADRESSE :

TEL :

2. NOM :

ADRESSE :

TEL :

DONNEES MEDICALES :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

GROUPE SANGUIN :

L'ENFANT EST – IL ATTEINT DE :

DIABETE	HANDICAP MENTAL	EPILEPSIE	AFFECTION CARDIAQUE	SOMNAMBULISME
RHUMATISME	HANDICAP MOTEUR	ASTHME	AFFECTION CUTANEE	AUTRES :

FREQUENCE ET GRAVITE :

.....

MALADIES ANTERIEURES DE L'ENFANT OU OPERATIONS SUBIES :

.....

A-T-IL ETE VACCINE CONTRE LE TETANOS ? OUI – NON, Année dernier rappel ?

.....

A-T-IL ETE VACCINE CONTRE LA TUBERCULINE ? OUI – NON, Année dernier rappel ?

.....

L'ENFANT EST-IL SENSIBLE AUX REFROIDISSEMENT ? OUI – NON ;

L'ENFANT EST-IL VITE FATIGUE ? OUI – NON ;

L'ENFANT EST-IL INCONTINENT ? OUI – NON ;

L'ENFANT EST-IL NAGER ? OUI – NON ;

L'ENFANT PEUT-IL PARTICIPER AUX BAIGNADES ? OUI – NON ;

L'ENFANT PEUT-IL PARTICIPER AUX ACTIVITES SPORTIVES ? OUI – NON ;

L'ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? OUI – NON. SI OUI, lesquels ?

.....

L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE A DES MEDICAMENTS ? OUI – NON. SI OUI, lesquels ?

.....

L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE A DES ALIMENTS ? OUI – NON. SI OUI, lesquels ?

.....

L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE A DES MATIERES ? OUI – NON. SI OUI, lesquels ?

.....

PEUT-IL PARTICIPER SANS INCONVENIENT A DES SORTIES EN EXTERIEUR ? (Ex : visite de la ville)
OUI – NON ;

VOTRE ENFANT DOIT-IL PRENDRE DES MEDICAMENTS QUOTIDIENNEMENT DANS LES HEURES
DU STAGE ? OUI – NON. SI OUI, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence ?

.....

EST-IL AUTONOME DANS LA PRISE DU OU DES MEDICAMENTS ? OUI – NON

Emplacement pour une vignette de mutuelle Coller ici	Emplacement pour une vignette de mutuelle Coller ici
---	---

MALADIES CHRONIQUES

Pour les enfants souffrant d'une maladie chronique, une fiche médicale et/ou un certificat médical attestant d'un état de santé compatible avec la participation au stage sera remis à l'encadrant du stage. Les coordonnées de contact du médecin seront reprises sur la fiche/le certificat.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que les informations fournies dans cette fiche sont exactes et complètes.

Les responsables du stage ne seront nullement incriminés pour des faits ou éléments n'y ayant pas été précisés

Le parent responsable ou tout autre adulte de la bulle sociale de l'enfant s'engage sur l'honneur à être joignable par téléphone, d'avoir la possibilité de venir rechercher le participant immédiatement pendant toute la durée de l'activité et de s'engager dans ce cas à faire consulter le participant dès que possible (et endéans les 24h du retour au plus tard) par son médecin référent ou un autre médecin si ce dernier n'est pas disponible.

En cas d'urgence et dans l'impossibilité de contacter les personnes prévues, j'autorise le responsable à emmener mon enfant auprès du service d'urgences le plus proche afin que les mesures médicales nécessaires soient prises.

Fait à Braives le

Signature du/des parents
« Lu et approuvé »

Avec le soutien de :

- Fédération Wallonie-Bruxelles (agréée) ;
- Fédération des Centres de Jeunes en Milieu Populaire ;
- Commune de Braives.

