

FICHE SANTE

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Un enfant ne peut se présenter à l'activité que s'il ne présente aucun signe de maladie.

De plus, si l'enfant a eu :

- De la fièvre,
- De la toux,
- Le nez qui coule,
- Des difficultés respiratoires,
- Des douleurs à la gorge,

... au cours de 5 derniers jours, il ne peut participer à l'activité.

Il appartient aux parents de s'assurer, auprès du médecin traitant, que les enfants appartenant à des groupes à risque (diabète, maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale, enfant dont le système immunitaire est affaibli...) peuvent fréquenter des collectivités.

Un participant Covid-19 confirmé ou possible, présentant des symptômes légers, sans hospitalisation peut participer à l'activité 7 jours après le début des symptômes, à condition qu'il n'ait pas eu de fièvre au cours des 5 derniers jours ET qu'il ait également montré une amélioration considérable des symptômes.

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse.

Ecole fréquentée :

Nom et prénom de la personne responsable :

Nom et prénom des personnes qui peuvent reprendre l'enfant en fin de journée :

1. Nom : Lien de parenté : Tél. :

2. Nom : Lien de parenté : Tél. :

3. Nom : Lien de parenté : Tél. :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

1. Nom : Lien de parenté : Tél. :

2. Nom : Lien de parenté : Tél. :

3. Nom : Lien de parenté : Tél. :

INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES :

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Acceptez-vous que votre enfant soit conduit au CHPLT de Verviers en cas de problèmes ? oui-non

Souffre -t-il/elle de		Traitement habituel – Précautions particulières
Diabète	<input type="checkbox"/>	
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	
Affection de la peau	<input type="checkbox"/>	
Incontinence	<input type="checkbox"/>	
Asthme	<input type="checkbox"/>	
Saignement de nez	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	
Maux de ventre	<input type="checkbox"/>	
Sinusites	<input type="checkbox"/>	
Bronchites	<input type="checkbox"/>	
Allergies /intolérances	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	

A -t-il/elle de		Détails
Un régime particulier à suivre		
Subit une maladie ou intervention grave	<input type="checkbox"/>	
Des lunettes	<input type="checkbox"/>	
Un appareil auditif	<input type="checkbox"/>	
Été vacciné contre le tétanos (date d'injection)	<input type="checkbox"/>	
Est-il/elle vite fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	
Sait-il/elle nager ?	<input type="checkbox"/>	Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>
Remarque(s) particulière(s)	<input type="checkbox"/>	

Les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

Autres renseignements utiles :

Vignette mutuelle de l'enfant

Date et Signature: