

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Afin de bénéficier d'un tarif préférentiel, les familles disposant de revenus modestes doivent compléter le formulaire ad hoc disponible sur www.jjy.be ou en nos bureaux.

ACTIVITÉS FRÉQUENTÉES (une fiche par année scolaire et par activité)

JJJY maternelles - JJJY primaires - Speelplein Roodebeek - Maison de la Jeunesse - Antenne de quartier:

ENFANT

Nom: Prénom:
Date de naissance: Garçon - Fille
Adresse:

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom: Lien de parenté: Téléphone:
Nom: Lien de parenté: Téléphone:

3^e PERSONNE À CONTACTER SI LES DEUX PREMIÈRES SONT INJOIGNABLES

Nom: Lien de parenté: Téléphone:

Nom et n° de téléphone du médecin de l'enfant (facultatif):

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom: Prénom:
Adresse (pendant le séjour):
Téléphone fixe (et portable), domicile: Bureau:
Email:

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant peut-il participer aux activités proposées? (sport, excursions, jeux, natation...)

Raisons d'une éventuelle non-participation:

PISCINE

Votre enfant peut-il aller se baigner? Oui Non

Votre enfant a-t-il peur de l'eau? Oui Non

Votre enfant sait-il nager? Très bien / Bien / Moyen / Difficilement / Pas du tout



L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? Oui Non

Si oui, remettre au coordinateur de la plaine une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance!

L'enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos? Oui Non Date du dernier rappel:

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité?

(Ex.: problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, drains dans les oreilles, affections cutanées, handicap moteur ou mental, interventions médicales...). Ajoutez également tout autre renseignement.

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir.

ALLERGIES OU INTOLÉRANCES

Médicamenteuses: Non Oui Lesquelles?

Alimentaires: Non Oui Lesquelles?

Autres:

Quelles en sont les conséquences? Quelle réaction avoir?

L'enfant doit-il suivre un régime alimentaire? Si oui, lequel? Spécifiez

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lentilles, de lunettes, d'appareil auditif, de prothèses dentaires, de drains...)

Je soussigné,

, responsable légal de l'enfant,

nom et prénom de l'enfant:

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :