



Rue F. Séverin 46  
1030 Bruxelles  
02/24289.21  
Fx : 02/243.09.67  
info@lagerbeamo.be

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Chers parents,

Cette fiche a été conçue pour assurer la sécurité de votre enfant et adapter au mieux l'activité à ses possibilités. Elle sera confiée à un responsable de l'activité et gardée sur le lieu de l'activité. Nous vous prions de bien vouloir la remettre, dûment complétée, **le premier jour de présence** aux activités, à l'animateur chargé de l'accueil. Si certaines données vous semblent confidentielles, vous pouvez remettre cette fiche sous enveloppe fermée, elle ne sera ouverte que par le responsable des activités.

### **INFORMATIONS PERSONNELLES**

Nom de l'enfant : ..... Prénom.....  F  M  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Adresse de l'enfant :  chez les parents  chez le père  chez la mère  autre.....  
Rue : ..... N° : ..... CP : ..... Ville : .....  
Ecole fréquentée..... Commune : .....

### **INFORMATIONS MEDICALES**

Nom du médecin traitant : ..... Tel : .....  
Problème(s) particulier(s) à signaler (asthme, allergies, diabète, épilepsie, hyperkinétisme, incontinence, autre) : .....  
Recommandations éventuelles : .....

Etat de santé actuel de votre enfant ?  très bien  bien  moyen

A-t-il /elle un régime alimentaire particulier à suivre (sans porc, sans sel, sans sucre)? Oui / Non

Si oui lequel ? .....

Y a-t-il des aliments auxquels votre enfant est allergique ? Oui / Non ?

Si oui, le(s)quel(s).....

Y a-t-il des activités / sports que votre enfant ne peut pas pratiquer ? .....

Peut-il/elle pratiquer la natation ? Oui / Non

Sait-il/elle nager ?  Très bien  Bien  Moyen  Difficilement  Non

Sait-il/elle faire du vélo ? Oui / Non

### **COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Parents  Père  Mère  Autre, précisez.....

Nom : ..... tél : .....

Nom : ..... tél : .....

### **DECLARATION**

Je soussigné(e),  Père  Mère  Tuteur ou tutrice de l'enfant : .....

Est d'accord   N'est pas d'accord

Pour qu'en cas de nécessité, le médecin prescrive le traitement préventif adapté à mon enfant et qu'il commence l'administration.

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

Date et signature :

Veuillez apposer ici  
une vignette de mutuelle