

1. Le participant

Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél. Privé : Tél. travail ou GSM : E-mail :
N° national de l'enfant :
N° national du débiteur des frais de garde :

2. Lieux de vie

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille / Institution / Grands-parents

Personne à contacter en cas d'urgence pendant les activités.

1.Nom : Tél : Lien de parenté :

1.Nom : Tél : Lien de parenté :

Nom de l'école :

Type d'enseignement suivi : général / spécialisé Année scolaire :

A-t-il/elle des frères ou sœurs ? Oui / Non Si oui, combien :

Quelle est sa langue usuelle ?

3. Loisirs

Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer :

Sait-il/elle rouler à vélo ? oui/non

4. Repas

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui / Non

Si oui, lequel ?
.....

5. Santé

Nom du médecin traitant et téléphone :

Etat de santé actuel de l'enfant : TB / B / Moyen

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? Oui / Non

Groupe sanguin : / Poids :

6. Informations médicales

A-t-il/elle subi une intervention grave ? Oui / Non

Si oui, quand et laquelle ?.....

Est-il/elle allergique ?

A certains produits alimentaires ? Oui / Non Lesquels ?.....

A certains médicaments ? Oui / Non Lesquels ?.....

Au soleil ? Oui / Non

Autre ?.....

Doit-il/elle prendre des médicaments lors des animations ? Oui / Non

Lesquels ?.....

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui / Non Lequels ?.....

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

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

Signature d'un parent :