

## Fiche signalétique du stagiaire

(Fiche à rendre **impérativement** dès le 1<sup>er</sup> jour de stage)

Vignette de mutuelle

NOM et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : Rue.....n°.....C.P.....Localité : .....

Adresse @-mail : .....

Mutualité: .....

**Personne à contacter en cas d'urgence**

Nom et prénom	Lien de parenté	Tél Privé ou G.S.M.	Tél Bureau

**Santé**

Nom du médecin traitant et n° de contact : ..... - ...../.....

Groupe sanguin : .....

Etat de santé actuel : .....

**Informations médicales utiles pour une éventuelle intervention d'urgence** L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :

	Oui	Non	Si oui, quel est son traitement habituel, comment réagir ? Précautions particulières à prendre
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Allergies			
Incontinence			
Diarrhée			
Autres			

**En fonction de l'état de santé de votre enfant, pour plus de précautions, pensez à informer les moniteurs ou le responsable dès le 1<sup>er</sup> jour de stage !**

**A-t-il (elle) été vacciné(e) contre le tétanos ?** oui/non  
Date de la première injection : \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

**Devra-t-il/elle prendre des médicaments?** oui/non.  
Si oui, joindre un certificat avec prescription complète ainsi qu'une copie des notices.

**Est-il/elle allergique à certains produits alimentaires ?** oui/non  
Si oui, lesquels ?.....

**Est-il/elle allergique à certains médicaments ?** oui/non  
Si oui, lesquels ?.....

**Personnes autorisées à amener ou reprendre l'enfant à l'accueil**

Nom et prénom	Lien de parenté	Tél Privé ou G.S.M.	Tél Bureau

Personne ne pouvant **ABSOLUMENT PAS** récupérer l'enfant : **Le signaler au responsable !**

Nom et prénom :..... - Lien de parenté :.....

**J'autorise le personnel qui encadre l'accueil extrascolaire à véhiculer mon enfant en cas de besoin. (garderie, piscine, visites, excursions,...) Oui / Non**

**Loisirs**

**Y-a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ?** oui/non  
Si oui, lesquels ?.....

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

**J'autorise l'organisateur à publier au travers divers médias des photos de mon enfant en activités lors des stages. Oui / Non**

**Remarques importantes concernant l'usage de médicaments :**

Les animateurs disposent d'une trousse de 1<sup>er</sup> soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : de l'arnica, du paracétamol, du désinfectant, de la pommade réparatrice en cas de brûlures solaire et calmante en cas de piqûres d'insectes.

Les informations dans cette fiche sont réputées exactes et complètes. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avérerait nécessaire.

Fait à ....., le .....

**Signature du parent ou du tuteur légal**

-----