Récré'agique
La Bruyère

Année scolaire 2026 - 2027

Vignette mutuelle à coller ici

Fiche médicale

Merci de la compléter au plus vite et de la remettre à l'accueillant·e responsable de la garderie.
Cette fiche restera à la garderie et sera remise au médecin en cas de problème.
Dans la mesure du possible, merci d'écrire en rouge les informations que vous considérez comme très importantes.

Le Participant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Registre national : ☐☐.☐☐.☐☐.☐☐☐.☐☐

Nom du tuteur : .....

Adresse : .....

Tél. / GSM : ..... E-mail : .....

Accueils :

Accueil Matin : ❑ oui - ❑ non Accueil Soir : ❑ oui - ❑ non

Retour avec : .....

Personne à contacter en cas d'urgence :

1. Nom : ..... Prénom : .....
   Téléphone : ..... Email : .....
   Lien de parenté : .....
2. Nom : ..... Prénom : .....
   Téléphone : ..... Email : .....
   Lien de parenté : .....
3. Nom : ..... Prénom : .....
   Téléphone : ..... Email : .....
   Lien de parenté : .....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : .....
Adresse : .....

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités ?

❑ Problèmes cardiaques	❑ Asthme	❑ Diabète	❑ Troubles du système immunitaire
❑ Affections cutanées	❑ Hémophilie	❑ Épilepsie	❑ Rhumatisme
❑ Handicap moteur ou mental	❑ Mal du transport	❑ Somnambulisme	❑ Maux de tête - Migraines
❑ Autre(s) à préciser :			

Si vous avez coché une ou plusieurs cases, merci d'indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....
.....

Le participant peut-il participer aux activités proposées? (sport, excursion, jeux, natation…) ❑ Oui ❑ Non
Si non, les raisons d'une éventuelle non-participation :

.....
.....

Est-ce sa première participation à un accueil extrascolaire ? ❑ Oui ❑ Non
Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (rougeole, appendicite…)
..... Année : .....
..... Année : .....
Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? ❑ Oui ❑ Non ..... Année : .....
Le participant est-il **allergique** à certaines substances, aliments ou médicaments ? ❑ Oui ❑ Non
Si oui, lesquels .....
.....
Quelles en sont les conséquences ? .....
.....
Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? ❑ Oui ❑ Non
Si oui, lequel ? Spécifiez
.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…)

.....
.....
Le participant doit-il prendre des médicaments ? ❑ Oui ❑ Non
Précisez le dosage, la fréquence, l'indication, le mode d'administration et la durée du traitement
.....
Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? ❑ Oui ❑ Non
Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants et qu'une autorisation du médecin est obligatoire.

Remarque importante :

L'accueil dispose d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, le responsable de l'accueil peut administrer les médicaments cités ci-dessous, et ce à bon escient.
Du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte. En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

- « Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'accueil de mon enfant par le responsable de l'accueil ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »
- « En tant que parent/tuteur du participant, en cas de maladie ou d'accident, je m'engage formellement (si impossibilité, un autre adulte) à :
  - être joignable par téléphone - GSM,
  - à avoir la possibilité de venir rechercher le participant immédiatement 24h/24 pendant toute la durée du stage,»
- «Si mon enfant souffre d'une maladie chronique, je m'engage à fournir un certificat médical attestant d'un état de santé préalable compatible avec la participation à l'activité. Les coordonnées de contact du médecin sont reprises sur le certificat.»

En inscrivant mon enfant, je confirme avoir pris connaissance du Règlement d'Ordre Intérieur et l'accepte.

Je soussigné, ...

estime avoir communiqué tous les renseignements utiles et nécessaires concernant mon enfant.

Lu et approuvé
Date et signature :