

FICHE SANTÉ

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE WEEKEND D'INTÉGRATION ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DU CARNET DE SANTÉ ET NE SERA CONSULTÉE QUE PAR DES PERSONNES HABILITÉES

1 - INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Avez-vous un traitement médical pendant le week-end ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de la personne concernée avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance pour les mineurs.

Êtes-vous atteint de :

TROUBLE CARDIAQUE Oui ☐ Non ☐ DIABÈTE Oui ☐ Non ☐

EPILEPSIE Oui ☐ Non ☐ ASTHME Oui ☐ Non ☐

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

AUTRE : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

INDIQUEZ CI-APRÈS : Les difficultés de santé (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) en précisant LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

3 - PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom _____

Nom _____

Prénom _____

Prénom _____

Téléphone _____

Téléphone _____

Autorisation Parentale

Obligatoire pour les mineurs (personnes nées après le 03/09/2003 inclus)

Je soussigné(e) M./Mme. : _____

Agissant en qualité de : Père / Mère / Autre (à préciser) : _____

Domicilié au _____

Téléphone : _____

Adresse email : _____

J'autorise mon enfant _____ à
participer au week-end d'intégration de l'UTT ayant lieu du 3 au 5 septembre 2021.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues
nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :