

Fiche médicale

(1 par enfant / par animation à nous renvoyer ou à nous faxer à l'adresse ci-contre)

10 rue du Rivage – 1300 Wavre – Tél/fax : 010 22 44 49

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /
Téléphone :
Rue et n° : Code postal et localité :

Participera à la plaine / au séjour suivant :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Lien de parenté :
Contact (Tél/GSM/Mail) :
Rue et n° : Code postal et localité :

Lieux de vie : Famille / Institution / Grands-parents : Nombre de frères et sœurs :
Type d'enseignement suivi : Année :
Quelle est sa langue usuelle ?

Loisirs : Quels sont ses loisirs favoris ?
Y a-t-il des activités sportives qu'il/elle ne peut pratiquer ?
Sait-il/elle nager ? Bien / Difficilement / Pas du tout / Avec bouées uniquement
Sait-il/elle rouler à vélo ? Très bien / Bien / Difficilement / Pas du tout
A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances ? Oui / Non – A Coala / Ailleurs – Où et quand ?

Données médicales : Nom et téléphone du médecin traitant :
Si votre enfant doit prendre des médicaments, merci de nous fournir une posologie signée par le médecin traitant.

Infos utiles pour les plaines et indispensables pour les séjours :

Maladies antérieures : Coqueluche – Pleurésie – Bronchite – Rubéole – Rougeole – Oreillons – Varicelle
Autres :

Autres affections : Diabète – Epilepsie – Asthme – Somnambulisme – Affection cardiaque – Affection cutanée

Opération(s) subie(s) + année :

Vaccins : Tétanos oui / non année : dernier rappel : (Si nécessaire, avant le séjour)

Allergies : Aux antibiotiques oui / non
A d'autres médicaments oui / non Précisez le cas échéant.....
A autre chose :

Particularités : Fatigue rapide / normale Refroidissement très sensible / normal
Puberté oui / non Groupe sanguin :
Poids : / Taille L'enfant est-il soigné par homéopathie ? Oui / Non

Repas : A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? Précisez, le cas échéant
Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? Précisez, le cas échéant

Sommeil : A-t-il/elle une habitude particulière avant le coucher ou pendant la nuit ?
Peut-il/elle dormir dans le lit supérieur en cas de lits superposés ? Oui / Non
Est-il/elle incontinent(e) la nuit ? Oui / Parfois / Non
Fait-il/ elle une sieste habituellement ? Oui / Non **Doit-il/elle porter un lange durant la sieste ?** Oui / Non

Peut-il/elle participer sans inconvénients aux jeux adaptés à son âge ? Oui / Non

Autres renseignements utiles :

J'autorise les animateurs de l'asbl Coala à emmener mon enfant chez le médecin afin de lui administrer tous les soins nécessaires.

Date : **Nom et fonction (parent, tuteur,...) :** **Signature :**