



asbl **C.P.E.C.N**  
Centre Permanent d'Education  
à la Conservation de la Nature

www.crie-mariemont.be

# Stage C.R.I.E. de Mariemont

Fiche médicale

**ETE 2020**



**N'oubliez pas de nous retourner également la Déclaration COVID-19**

Nom : ..... Prénom : .....

Personne à contacter en cas d'urgence :

1. nom : ..... tél : ..... lien de parenté : .....

2. nom : ..... tél : ..... lien de parenté : .....

NB : Nom et prénom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant en fin de journée (si différentes de celles citées ci-dessus) : .....

## Données médicales :

Groupe sanguin : ..... Poids : ..... Taille : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Vaccination tétanos : OUI / NON Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

Sport(s) interdit(s) : ..... Handicap : .....

Maladie antérieure ou opération (si vous estimez utile de le signaler, dans le cadre de nos stages) : .....

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Allergie aux acariens	<input type="checkbox"/> Affection cardiaque	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Affection cutanée	<input type="checkbox"/> Allergie à la poussière	<input type="checkbox"/> Sinusite	<input type="checkbox"/> Bronchite
<input type="checkbox"/> Saignement du nez	<input type="checkbox"/> Allergie au foin	<input type="checkbox"/> Maux de ventre	<input type="checkbox"/> Sensibilité aux coups de soleil
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Allergie aux pollens	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Hyperkinésie
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Allergie aux animaux	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Sensibilité à un médicament
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Allergies aux piqûres	<input type="checkbox"/> Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> Sensibilité aux refroidissements
<input type="checkbox"/> Agoraphobie	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Fatigue	.....

Pour chaque affection cochée, merci d'indiquer le traitement habituel, les réactions à avoir et les précautions à prendre :

1. ....

2. ....

3. ....

**REmplir LA SUITE --->**

**Votre enfant est-il allergique  
au gel hydroalcoolique?**

- Oui
- Non

**En cas de participation à un repas organisé par le CRIE :**

- Allergie au gluten
- Allergie au lactose
- Autres allergies alimentaires : .....

Pour chaque cas coché, merci d'indiquer le traitement habituel, les réactions à avoir et les précautions à prendre :

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....



Pour tout enfant nécessitant un traitement quotidien ou de crises régulières (en ce compris les anti-douleurs), n'oubliez pas de fournir, au secrétariat, le(s) **médicament(s), marqué(s) d'une étiquette au nom et prénom de l'enfant, et sur laquelle apparaissent les doses à donner et la périodicité, et ce de manière claire et bien lisible.**

En outre, **pour tout traitement médical quotidien un peu "lourd"**, le CRIE vous demande de fournir une **attestation** de votre médecin, afin que nous ne soyons pas conduits à poser des gestes médicaux illégaux. Merci de votre compréhension.

Autres éléments de santé à signaler : .....  
.....  
.....

*Je déclare les informations fournies dans cette fiche exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'y ayant pas été précisés. En cas d'urgence et dans l'impossibilité de contacter les personnes prévues, j'autorise le responsable à emmener mon enfant auprès du service d'urgences le plus proche afin que les mesures médicales nécessaires soient prises.*

**Date, nom, prénom et signature du parent / tuteur :**

**emplacement pour une vignette mutuelle :**  
(ne pas coller complètement)