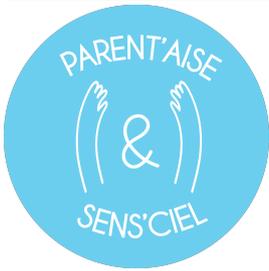


---

# FICHE D'IDENTITÉ 2024

---



Parent'aise & Sens'ciel ASBL  
Rue de France 25  
7080 Frameries

[asbl.pasc@gmail.com](mailto:asbl.pasc@gmail.com)

PRÉNOM et NOM du participant : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

Téléphone .....

## Personne à contacter en cas d'urgence :

---

Nom ..... Lien de parenté ..... Téléphone .....

Nom ..... Lien de parenté ..... Téléphone .....

3ème personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

Nom ..... Lien de parenté ..... Téléphone .....

Nom et n° de téléphone votre médecin de famille : .....

- Nom de la mutuelle : ..... - Vignette de mutuelle :

- Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...) .....

- Raisons d'une éventuelle non participation : .....

- Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

- A-t-il/elle peur de l'eau ? Oui / Non

-Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir. ....  
.....

-Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (+année?) (rougeole, appendicite...)  
.....

-Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui o Non o (en quelle année . . . . .)

-Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels ?

.....  
.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? .....

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...)

.....

- Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) **OUI-NON**

### La remarque suivante, importante, concernant l'usage de médicaments.

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers 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. Du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

La mention suivante :

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour 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 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.

-Le cadre d'utilisation de ces informations

« 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.» •

-La date et la signature du parent/tuteur

# AUTORISATION PARENTALE

---

Coordonnées de l'animateur ou du coordinateur responsable du groupe :

Parent'aise & Sens'ciel ASBL - BE0698.947.455 - rue de France 25,7080 Frameries

Numéro de téléphone : +32(0)484/600.278 - +32(0)492/947898

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

.....

o père o mère o tuteur o répondant

autorise (prénom, nom)

.....

à participer aux activités extérieurs de l'année 2024

Durant cette période :

- Je le/la place sous la garde de ses encadrants.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.
- J'autorise/ je n'autorise pas\* que mon enfant apparaisse sur le site et/ou sur la page Facebook de l'ASBL.

-La date et la signature du parent/tuteur: