



FICHE SANTÉ

Un outil utile à conserver

- À photocopier/A télécharger et à transmettre à l'intervenant extérieur
- À remplir par les parents
- À conserver dans un dossier à la maison et à imprimer
- À actualiser au début de chaque année.

Attention

Les informations reprises dans ce document seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à l'instance auxquelles vous la remettez.



FICHE SANTÉ

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Prénom

Nom

Date de naissance

Adresse

Code postal et commune

OÙ JOINDRE LES PARENTS OU LE TUTEUR OU LE RESPONSABLE LÉGAL ?

Personne 1

Nom :

Lien de parenté :

Période du au

Et du au

Tél. :

GSM :

E-mail :

Remarque(s) :



FICHE SANTÉ

Personne 2

Nom :

Lien de parenté :

Période du au

Et du au

Tél. :

GSM :

E-mail :

Remarque(s) :

.....

MÉDECIN TRAITANT

Prénom

Nom

Téléphone

A propos de votre enfant

Groupe sanguin

Poids



FICHE SANTÉ

L'ENFANT EST-IL ATTEINT DE

Diabète	OUI – NON	Handicap moteur	OUI – NON
Asthme	OUI – NON	Affection cardiaque	OUI – NON
Epilepsie	OUI – NON	Affection cutanée	OUI – NON
Mal des transports	OUI – NON	Rhumatisme	OUI – NON
Handicap mental	OUI – NON	Somnambulisme	OUI – NON
Autre (s) :			
Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies :			
Maladie :		Année :	
Maladie :		Année :	
Maladie :		Année :	
Maladie :		Année :	



FICHE SANTÉ

L'ENFANT EST-IL ATTEINT DE

A-t-il reçu du sérum antitétanique ?	OUI – NON	Année ?	
A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	OUI – NON	Année ?	
Dernier rappel le :			
Date du dernier test à la tuberculine :			
Résultat du test tuberculine :	<input type="radio"/> Positif - <input type="radio"/> Négatif		
Votre enfant se lave-t-il tout seul ?			
OUI – NON			
Est-il sensible aux refroidissements ?			
OUI – NON			
Est-il vite fatigué ?			
OUI – NON			
Est-il incontinent ?			
OUI – NON			
Est-il allergique à des médicaments ?			
OUI – NON			
Si oui, lesquels ?			



FICHE SANTÉ

L'ENFANT EST-IL ATTEINT DE

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ?

OUI – NON

Si oui, lesquels ? Quand ? En quelle quantité ?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ?

OUI – NON

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ?

OUI – NON

Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ?

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?

OUI – NON

Y a-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation ?

Si c'est une fille, est-elle réglée ?

OUI – NON

Y a-t-il des observations à ce sujet ?



FICHE SANTÉ

L'ENFANT EST-IL ATTEINT DE

Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, etc.) :



FICHE SANTÉ

NOTRE ENFANT PRÉSENTE DES PARTICULARITÉS

AU NIVEAU DE LA MOTRICITÉ

Peut-il se déplacer seul ?	OUI – NON		
Se (dé)vêtir	Dépendant	Indépendant	Prend du temps / doit être aidé
Manger	Dépendant	Indépendant	Prend du temps / doit être aidé
Boire	Dépendant	Indépendant	Prend du temps / doit être aidé
Hygiène	Dépendant	Indépendant	Prend du temps / doit être aidé
Se lever	Dépendant	Indépendant	Prend du temps / doit être aidé
Se coucher	Dépendant	Indépendant	Prend du temps / doit être aidé
A-t-il des troubles de l'équilibre (chutes fréquentes), des difficultés à se déplacer ?			OUI – NON
Quelle durée peut-il parcourir lors d'une promenade ?			
Quelle distance peut-il parcourir lors d'une promenade ?			
A-t-il tendance à fuguer ?			OUI – NON
Faut-il le tenir par la main en promenade ?			OUI – NON
Y a-t-il des choses particulières auxquelles porter attention ?			



FICHE SANTÉ

AU NIVEAU DE LA COMMUNICATION

A-t-il des difficultés d'expression ?

OUI – NON

Dans la cas où votre enfant n'a pas de moyen de communiquer

Communique-t-il autrement ?

OUI – NON

Comment se fait-il comprendre : des phrases, des gestes, des pictogrammes, les yeux, des signes de tête, des rires, des vocalises ?

Utilisez-vous un code particulier ?

OUI – NON

Si oui, lesquels :

A-t-il des difficultés de compréhension ?

OUI – NON

Exprime-t-il ses envies, ses émotions facilement ?

OUI – NON

Sait-il lire, écrire ?

OUI – NON



FICHE SANTÉ

AU NIVEAU DE L'ALIMENTATION

Mange-t-il seul ?

OUI – NON

Faut-il couper la nourriture, la mixer ?

OUI – NON

Sait-il boire tout seul ?

OUI – NON

Si oui, lesquels :

Si non, comment boit-il ? (entourez ce qui convient) : au verre - à la paille - avec un gobelet adapté

Quels sont ses plats préférés ?

Y a-t-il des aliments qu'il ne supporte pas ?



FICHE SANTÉ

AU NIVEAU DE SES GOÛTS ET DE SES COMPÉTENCES

Quels sont les jeux, les activités qu'il aime ?

Quels sont les jeux, les activités qu'il n'aime pas ?

Quelles sont les choses qu'il réussit bien, qu'il apprécie ?



FICHE SANTÉ

AU NIVEAU DE L'HYGIÈNE ET DE LA TOILETTE

Sait-il aller seul aux toilettes ?	OUI – NON
Souffre-t-il d'énurésie (pipi au lit) ?	OUI – NON
Doit-il disposer de toilettes adaptées ?	OUI – NON
Porte-t-il des langes la nuit/le jour ?	OUI – NON
Sait-il se laver seul ?	OUI – NON

AU NIVEAU DE L'HABILLEMENT

Sait-il s'habiller tout seul ?	OUI – NON
Sait-il choisir des vêtements adaptés aux conditions climatiques ?	OUI – NON
Sait-il reconnaître ses vêtements ?	OUI – NON



FICHE SANTÉ

AU NIVEAU COMPORTEMENT

Sait-il respecter des consignes ?

OUI – NON

Lorsqu'il est en groupe, il faut faire attention à :

A-t-il des comportements qui peuvent être difficiles à supporter pour son entourage ?

OUI – NON

Si oui, lesquels :

Dans cette situation, il est préférable de :

Est-ce qu'il a des frayeurs, des peurs dans un certain contexte ?

OUI – NON

Si oui, lesquels :



FICHE SANTÉ

AUTRES INFORMATIONS

Encore des informations à communiquer ? Remplissez cet espace...

Area for additional information with horizontal dotted lines for writing.



DOCUMENT CONFIDENTIEL

FICHE SANTÉ

PRÉNOM, NOM, DATE ET SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A REMPLI CE
FORMULAIRE

EMPLACEMENT POUR DEUX VIGNETTES MUTUELLE

Ne pas coller complètement

Ne pas coller complètement