

FICHE SANTE INDIVIDUELLE

**Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.
N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.**

- ***Le participant***

Nom : **Prénom :**.....
Date et lieux de naissance :
Adresse :
.....
Tél./GSM :

- ***Informations générales***

Nom du chef de famille :
Adresse :
Numero de GSM :E-Mail :

- ***Personnes à contacter en cas d'urgence :***

Nom : Prénom :
Adresse :
Tel : Lien de parenté :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tel : Lien de parenté :

• **Activités**

Le participant peut-il participer a toutes les activites proposees (sports, excursions, jeux, activites manuelles et culinaires, jeux dans les bois, natation....) ? **£ Oui £ Non**

Si non, lesquelles et pour quelle

raison ?

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

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

• **Informations médicales**

Nom du medecin traitant :

Tel :

Groupe sanguin du participant :

Quel est son poids ?

Sa taille ?

A-t-il/elle été vaccine(e) contre le tetanos ? £ Oui £ Non

Date du dernier rappel :

Est-il/elle allergique a certains aliments, substances ou medicaments ? **£ Oui £ Non**

Si oui, lequel ?.....

Quelles en sont les consequences ? Quelle réaction avoir ?

.....

.....

• **Porte-t-il/elle des lunettes ? £ Oui £ Non**

• **Quelles sont les maladies ou interventions medicales subies par le participant et en quelle année**

(appendicite...) ?

.....

.....

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

.....

.....

Le participant doit prendre des médicaments durant nos activités ? **£ Oui £ Non**

Si oui lesquelles

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> insomnie	<input type="checkbox"/> maux de ventre	<input type="checkbox"/> autres ...
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> coups de soleil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> sinusite	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> bronchite	<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> saignements de nez	<input type="checkbox"/> vomissements	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> mal du voyage	<input type="checkbox"/>

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....
.....
.....

Si pas assez de place, vous pouvez l'indiquer au verso ou sur une feuille annexée.

Remarque importante :

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 : *paracétamol, lopéramide (plus de 6 ans), crème à l'arnica, crème Euceta® ou Calendee®*, désinfectant (*Cédium® ou Isobétadine®*), *Flamigel®*.

Les informations fournies dans cette fiche sont exactes et complètes.
L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits n'ayant pas été annotés dans ce document.

« 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 centre de vacances 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 à défaut de pouvoir être contacté personnellement. »

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :

Signature :

<p>PREVOIR 2 VIGNETTES DE MUTUELLE</p>

Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi relative à la protection de la vie privée ainsi que celle relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l'article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.