



Fiche Santé

Cher(s) parent(s),

En tant que parent ou tuteur, vous connaissez mieux que quiconque l'enfant que vous nous confiez. Nous vous demandons donc de remplir cette fiche santé le plus précisément possible, afin que nous puissions y trouver l'information nécessaire et préalable à tout soin en cas de maladie ou d'incident. N'hésitez pas à y indiquer tout ce qui pourrait nous aider à mieux cerner ou mieux comprendre votre enfant ainsi que toutes les informations qui nous permettront de réagir le plus adéquatement possible.

Nous vous remercions de votre collaboration,
L'équipe d'animation

NOM et PRÉNOM du participant :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

2 PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom Lien de parenté

Téléphone(s)

Nom Lien de parenté

Téléphone(s)

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DE FAMILLE :

.....

LE PARTICIPANT PEUT-IL PARTICIPER AUX ACTIVITÉS PROPOSÉES? (sport, excursions, jeux, natation...)

.....

SI PAS, QUELLE(S) EST(SONT) LA(LES) RAISON(S) D'UNE ÉVENTUELLE NON-PARTICIPATION :

.....

Y A-T-IL DES DONNÉES MÉDICALES SPÉCIFIQUES IMPORTANTES À CONNAÎTRE POUR LE BON DÉROULEMENT DE L'ACTIVITÉ/ DU SÉJOUR? (problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) MERCI D'INDIQUER LA FRÉQUENCE, LA GRAVITÉ ET LES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE POUR LES ÉVITER ET/OU Y RÉAGIR.

.....

.....

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

QUELLES SONT LES MALADIES OU LES INTERVENTIONS MÉDICALES QU'A DÛ SUBIR LE PARTICIPANT? (Merci d'indiquer l'année)

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

LE PARTICIPANT EST-IL EN ORDRE DE VACCINATION CONTRE LE TÉTANOS? Oui Non

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?

.....
.....

Y-A-T-IL D'AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT QUE VOUS JUGEZ IMPORTANTS DE MENTIONNER ? (insomnie, incontinence nocturne, troubles psychiques ou physiques, port de lunettes ou d'appareil auditif...)

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

LE PARTICIPANT DOIT-IL PRENDRE DES MÉDICAMENTS ? SI OUI LESQUELS, EN QUELLE QUANTITÉ ET QUAND ?

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

EST-IL AUTONOME DANS LA PRISE DE CES MÉDICAMENTS ? (*Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants*)

.....

REMARQUE :

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 lopéramide (*aux plus de 6 ans*) ; de la crème à l'arnica ; de la crème Euceta® ou Calendeel® ; du désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®) ; du Flamigel®.

« 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. »

Traduction anglaise pour les séjours le nécessitant :

"I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the camp or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, even in case of surgery."

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne au patro par l'équipe de cadres 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. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.
--

DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR,