

FICHE MÉDICALE

À compléter LISIBLEMENT par les parents ou par un médecin

IDENTITÉ DU JEUNE

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCES

Nom et Prénom : Lien de parenté :

Tél (jour) : Tél (soir) :

Nom et Prénom : Lien de parenté :

Tél (jour) : Tél (soir) :

Nom et Prénom : Lien de parenté :

Tél (jour) : Tél (soir) :

DONNÉES MÉDICALES

Nom du médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

Tél. du médecin traitant :

Groupe Sanguin de l'enfant : Poids/Taille :

L'enfant est-il soigné par homéopathie ? Oui / Non *

Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand) :

.....

Est-il vacciné contre le tétanos ? Oui / Non * Date du dernier rappel :

L'enfant est-il allergique ou sensible à certains médicaments ? Oui/ Non *

Lesquels ?

L'enfant souffre-t-il, de manière permanente ou régulière de :

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> insomnie | <input type="checkbox"/> constipation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> sinusite | <input type="checkbox"/> diarrhée | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> affection cardiaque | <input type="checkbox"/> bronchite | <input type="checkbox"/> incontinence | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> saignement de nez | <input type="checkbox"/> vomissements | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> affection cutanée | <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> coups de soleil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> somnambulisme | <input type="checkbox"/> maux de ventre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> terreurs nocturnes | <input type="checkbox"/> mal du voyage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'enfant doit-il prendre des médicaments durant le camp ? Oui / Non * Lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ?

.....

L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ?

Oui / Non * Lesquels ?

.....

Suit-il un régime particulier (sans porc, végétarien, ...) ?

.....
Est-il incontinent ? Oui / Non / Souvent *

Faut-il le réveiller durant la nuit pour se rendre aux toilettes ? Oui / Non *

A-t-il des habitudes particulières avant de se coucher / pendant la nuit ? Lesquelles ?

.....
.....
Est-il vite fatigué ? Oui / Non *

Est-il sensible aux refroidissements ? Oui / Non *

Y a-t-il des activités/sports qu'il ne peut pas participer ? Oui / Non * Lesquels ? Pourquoi ?

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

Votre fille est-elle réglée ? Oui / Non * - Remarques à ce sujet :

.....
.....
L'enfant est-il porteur d'un handicap particulier ? Oui / Non * Lequel ?

.....
Date du dernier examen médical :

De façon générale, autres remarques utiles concernant la participation de l'enfant au camp

REMARQUES CONCERNANT L'USAGE DES MÉDICAMENTS

Les animateurs disposent d'une pharmacie de premiers secours. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient. Paracétamol ; Désinfectant ; Pommade anti-inflammatoire ; Pommade réparatrice (coups de soleil) ; Pommade calmante (piqûre d'insectes).

AUTORISATION

Je marque mon accord pour la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les responsables du camp. J'autorise le médecin à prendre des 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 accord.

Les informations fournies dans cette fiche santé sont exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. 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 soins consultés. Conformément à la loi sur le traitement de données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

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

.....
* Barrer la-les mention(s) inutile.