



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A remettre maximum le premier jour d'activité

Identité du participant

Nom : Prénom : Né(e) le

Adresse : N° Bte.....

Localité : CP : Tél : /

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : Lien de parenté : Tél : /

Email 1 :@.....

Nom : Lien de parenté : Tél : /

Email 2 :@.....

3eme personne à contacter si les deux premières sont injoignables

Nom : Lien de parenté : Tél : /

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 (biffer les mentions inutiles)

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

Médecin traitant

Nom : Tél : /

Adresse :

Informations médicales confidentielles

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité ?

Diabète Asthme Epilepsie Somnambulisme Affection cardiaque Affections cutanées Rhumatisme

Handicap moteur Handicap mental mal des transports Interventions médicales Autres :

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

A-t-il/elle été vacciné contre le tétanos ? Oui Non (date du dernier rappel)

A-t-il/elle reçu le sérum antitétanique ? Oui Non En quelle année ?

Date du dernier test à la tuberculine et résultat

Le participant est-il allergique ou intolérant à certaines substances, matières, aliments ou médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

.....
A-t-il/elle un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, lequel ?? Spécifiez ?

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

.....
.....
Soins à prodiguer et prescriptions pendant l'activité

.....
.....
Médicaments à prendre durant l'activité

En cas de traitement médical en cours, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée de l'activité/du séjour. Ils doivent être confiés au responsable avec toutes les indications utiles (nom du médicament, dose et durée du traitement). Une prescription médicale est indispensable.

Selon les cas : Le(s) parent(s) signataire(s) prend conscience que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicament.

Remarque importante concernant l'usage de médicaments : Les encadrants 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 suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique, pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).

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.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'activité/séjour de mon enfant par les responsables 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. »

Nom, Prénom : (Participant majeur/Père / mère / tuteur légal) (Biffer les mentions inutiles)

Date :/...../20.....

Signature :

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.

Collez une vignette de mutuelle ici