

## FICHE SANTE CONFIDENTIELLE



**Document confidentiel à compléter par les parents, représentant légal ou membre majeur au début de chaque saison, avant un séjour, un stage, activité. A remettre maximum le premier jour d'activité.**

### Identité du participant

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le .....

Adresse : ..... N° ..... Bte.....

Localité : ..... CP : ..... Gsm : ..... / .....

### Personnes à contacter en cas d'urgence

#### CONTACT 1 :

Nom : .....

Lien de parenté : .....

Gsm : ..... / .....

Email : .....@.....

#### CONTACT 2 :

Nom : .....

Lien de parenté : .....

Gsm : ..... / .....

Email : .....@.....

### 3eme personne à contacter si les deux premières sont injoignables

Nom : ..... Lien de parenté : ..... GSM : ..... / .....

**Médecin traitant :** Nom : ..... Tél : ..... / .....

Adresse : .....

**Groupe sanguin :** ..... **Poids:** ..... **Taille :** .....

Y a-t-il des remarques concernant sa participation à certaines activités proposées (sport, camp, excursions, jeux, ...) ? OUI — NON

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

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

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Affection cardiaque	<input type="checkbox"/> Affection cutanée
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Handicap moteur	<input type="checkbox"/> Handicap mental	<input type="checkbox"/> Mal des transports	<input type="checkbox"/> maux de tête / migraines
<input type="checkbox"/> Interventions médicales	<input type="checkbox"/> 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) .....

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

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler (sensible aux refroidissements, à la chaleur, problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

Le participant doit-il prendre des **médicaments quotidiennement** ? Oui Non

Si oui, lesquels ? .....

Préciser le dosage et les quantités : .....

Quand ? .....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? Oui Non

(Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

**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 animateurs 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