



FICHE SANTE CONFIDENTIELLE

Document confidentiel à compléter par les parents, représentant légal ou membre majeur 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 : /

Médecin traitant : Nom : Tél : /

Adresse :

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

Sait-il/elle nager ? TB B Moyen Difficilement Pas du tout (biffer les mentions inutiles)

Le participant souffre-t-il d'une quelconque allergie(médicaments,...)/ pathologie/ intolérance/ régime alimentaire :

.....

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

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler

.....

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

Si oui, lesquels ?

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.

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 : 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 :

Collez une vignette de mutuelle ici

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.