FICHE SANTÉ

Collez une vignette ici
E111 et photocopie de la carte VITALE pour les français

PLAINE(S) FRÉQUENTÉE(S) .....

Prénom et nom du participant : .....
Date de Naissance : ...../...../.....
Adresse : .....
Code Postal : .....**Ville** : .....
e-mail des parents : :..... **téléphone** : .....

EN CAS D'URGENCE
Première personne de contact (pendant les activités) : .....
Lien de parenté :..... téléphone: .....
Deuxième personne de contact (pendant les activités) : .....
Lien de parenté :..... téléphone: .....
Nom du médecin traitant : ..... téléphone : .....

L'enfant peut-il participer aux activités proposées ? *(sport, excursions, jeux, natation,…)* OUI – NON
Raisons d'une éventuelle non-participation : .....
Sait-il nager ? OUI – NON **Porte-t-il des brassards ?** OUI - NON
Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour ? *(ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, affections cutanées, interventions médicales…)*. **Indiquez la fréquence, la gravité et les actions mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir :** .....
.....
Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? OUI – NON En quelle année ?..... Rappel : .....
Le participant est-il allergique ou intolérant à certaines substances, aliments ou médicaments ? OUI – NON
Si oui, lesquels ? .....
Quelles en sont les conséquences et les réactions ? .....
Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ?OUI – NON
Si oui, lequel ? .....
Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants *(problèmes de sommeil, d'incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, peur de l'eau, …)*: .....
Votre enfant fait-il la sieste ? OUI – NON
Toutefois, le rythme de chaque enfant est respecté, y compris celui du sommeil si son état le nécessite.
Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? (Attention aucune médication ne sera donnée sans ordonnance/fiche médicale !) OUI – NON
La remarque suivante, importante concerne l'usage de médicaments : 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 ,à bon escient : du paracétamol, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire, une pommade calmante en cas de piqûre d'insectes ainsi qu'un désinfectant.

Poids de l'enfant : kg

La mention suivante : « 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 l'accueil. 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. »
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.
« 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.»

Date et signature du parent/tuteur :