

- A photocopier/A telecharger** et à transmettre à chaque parent d'Anime et d'Animateur.
- A remplir par** les parents (ou un medecin) qui la donnent au responsable du groupe.
- A conserver** dans le dossier du groupe et **a emporter** lors de chaque activite Guide.
- A montrer** au medecin ou à l'hôpital des que c'est necessaire.
- A remplir** au debut de chaque annee Guide et à reactualiser **avant le camp** si necessaire.

FICHE SANTE Confidentiel

Note prealable : les informations ci-dessous seront utilisees pour le suivi journalier de votre enfant et sont reservees à une utilisation interne par les Animateurs et, le cas echeant par les prestataires de sante consultes. Conformement à la loi sur le traitement des donnees personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces donnees seront detruites un an apres le sejour si aucun dossier n'est ouvert.

Identite de l'enfant: Norn : Prenom : : Date de nais. :
 Adresse complete :
 Unite Guide (Region, n°, nom):Nord, 10°, Saint - Bernard.....

Medecin traitant: Norn : : Tel. :

OU joindre les parents ou le tuteur ou le responsable legal ?

Personne 1	Personne 2
Norn:	Norn:
Lien de parente :	Lien de parente :
Periode du au	Periode du au
Et du au	Et du au
Tel.:	Tel.:
GSM:	GSM :
E-mail:	E-mail:
Remarque(s) :	Remarque(s) :

Personne à joindre en cas d'absence de ces deux personnes

Norn : Lien de parente : Tel. : GSM :
 E-mail:

Groupe sanguin : **Poids de l'enfant** : **Date du dernier examen medical scolaire** :/...../.....

Y a-t-il des remarques concernant sa participation à certaines activites (sport, camp, jeux...) ? OUI - NON
 Lesquels et pourquoi ?

L'enfant sait-il nager? OUI - NON

Peut-il participer sans inconvenients aux baignades? OUI - NON

L'enfant **est-il** en situation de:

Diabete	OUI - NON	Mal des transports	OUI - NON	Handicap mental	OUI - NON*
Asthme	OUI - NON	Affection cardiaque	OUI - NON	Handicap moteur	OUI - NON*
Epilepsie	OUI - NON	Affection cutanee	OUI - NON	Autre(s):	
Somnambulisme	OUI - NON	Rhumatisme	OUI - NON	(* Si oui, completez l'annexe destinee aux personnes en situation de handicap.)	

Maladie(s) anterieure(s) de l'enfant et/ou operations subies : Annee :
 Annee:
 Annee:

A-t-il ete **vaccine contre le tetanos**? OUI- NON En quelle annee? Dernier rappel le :/...../.....
 Votre enfant **se lave-t-il tout seul**? OUI - NON Est-il sensible aux **refroidissements**? OUI - NON
 Est-il **vite fatigue**? OUI - NON Est-il **incontinent**? OUI - NON

Est-il **allergique à l'iode**? OUI - NON

Est-il **allergique à des medicaments**? OUI - NON Lesquels?

Votre enfant doit-il prendre des medicaments? OUI - NON Lesquels? Quand ? En quelle quantite? :

Est-il autonome dans la prise de ces medicaments? OUI - NON

Est-il **allergique à certaines matieres ou aliments**? OUI - NON Si oui, lesquels et quelles en sont les consequences?

Votre enfant suit-il un régime alimentaire? Y a-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation?

Si c'est une fille, est-elle réglée? OUI - NON Y a-t-il des observations à ce sujet?*

Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler aux animateurs (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, etc.) :

Pour toi, animateur: fais remplir cette fiche et prends le temps de discuter avec les parents. Présente-la au médecin consulté lors du camp ou toute autre réunion Guide... Il peut ainsi prendre connaissance de certains antécédents et éventuellement contacter soit les parents soit le médecin traitant de l'enfant. Il peut ainsi indiquer sur ce formulaire son avis et les prescriptions à suivre. Dans ce cas, cette fiche sera remise aux parents à la fin du camp pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates. Les autres fiches seront détruites à la fin de chaque année Guide (fin du camp).

Informations importantes pour les parents : ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donner ces renseignements afin que votre enfant retire le maximum de plaisir de sa participation à nos activités et à son camp. Les animateurs disposent d'une trousse de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments* cités ci-dessous, et ce, à bon escient. Nous vous rappelons qu'il est nécessaire de tenir informés les animateurs s'il y avait une évolution d'ordre médical entre le moment où vous avez rempli cette fiche et les activités.

*du Paracétamol ; de la crème à l'arnica ; de la crème ou un spray anti piqure d'insecte ; antiseptique pour le soin des plaies ; gel cicatrisant pour soigner les brûlures.

« 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 du camp (ou du responsable du groupe lors de toute autre activité) 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 mon enfant, s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

« I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the camp or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, in case of surgery. »

Date et signature du parent ou responsable légal de l'enfant:

Nom, prénom, date et signature de la personne qui a rempli ce formulaire :

A remplir par le(s) médecin(s) qui est(sont) intervenu(s) pendant le camp, le hike, etc.

Nom(s) et téléphone(s) du (des) médecin(s) consulté(s) lors du camp, du hike, etc. :

Soins prodigués :

Avis et prescriptions à suivre :

Date et signature du(des) médecin(s) :

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.
Ne pas coller complètement

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.
Ne pas coller complètement