

# FICHE SANTÉ - Confidentiel

**Note préalable :** Les informations ci-dessous 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. Ces données seront détruites après le camp si aucun dossier n'est ouvert.

<b>Identité de l'enfant :</b> Nom : ..... Prénom : ..... : Date de nais. : ..... Adresse complète : ..... Unité Guide (Région, n°, nom) : .....
---

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

Où joindre les parents ou le tuteur ou le responsable légal ?	
<p style="text-align: center; margin: 0;"><b>Personne 1</b></p> Nom : ..... Lien de parenté : ..... Période du ..... au ..... Et du ..... au ..... Tél. : ..... GSM : ..... E-mail : ..... Remarque(s) : .....	<p style="text-align: center; margin: 0;"><b>Personne 2</b></p> Nom : ..... Lien de parenté : ..... Période du ..... au ..... Et du ..... au ..... Tél. : ..... GSM : ..... E-mail : ..... Remarque(s) : .....
<p style="text-align: center; margin: 0;"><b>Personne à joindre en cas d'absence de ces deux personnes</b></p> Nom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : ..... GSM : ..... E-mail : .....	

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

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

L'enfant sait-il nager ? OUI — NON                      Peut-il **participer** sans inconvénients **aux baignades** ? OUI — NON

**L'enfant est-il atteint de :**

Diabète	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 cutanée	OUI — NON	Autre(s) : .....	
Somnambulisme	OUI — NON	Rhumatisme	OUI — NON	(* Si oui, complétez l'annexe destinée aux personnes présentant un handicap.)	

**Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies :** ..... Année : .....  
 ..... Année : .....  
 ..... Année : .....

A-t-il reçu du **sérum antitétanique** ? OUI — NON                      En quelle année ? .....  
 A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? OUI — NON                      En quelle année ? .....    Dernier rappel le : ...../...../.....  
 Date du dernier **test à la tuberculine** : .....                      Résultat du test tuberculine : O Positif - O Négatif  
 Votre enfant **se lave-t-il tout seul** ? OUI — NON                      Est-il sensible aux **refroidissements** ? OUI — NON  
 Est-il **vite fatigué** ? OUI — NON                      Est-il **incontinent** ? OUI — NON

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

Est-il **allergique** à des **médicaments** ? OUI — NON    Lesquels ? .....  
 .....

**Votre enfant doit-il prendre des médicaments** ? OUI — NON    Lesquels ? Quand ? En quelle quantité ? : .....  
 .....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI — NON  
 Est-il **allergique** à certaines **matières ou aliments** ? OUI — NON    Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ?  
 .....  
 .....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? 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.) : .....

**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 Calendeel® ; 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, even 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**

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*