Fiche medical 2023

Cher(s) parent(s),

En tant que parent ou tuteur, vous connaissez mieux que quiconque l'enfant que vous nous confiez. Nous vous demandons donc de remplir cette fiche santé le plus précisément possible, afin que nous puissions y trouver l'information nécessaire et préalable à tout soin en cas de maladie ou d'incident. N'hésitez pas à y indiquer tout ce qui pourrait nous aider à mieux cerner ou mieux comprendre votre enfant ainsi que toutes les informations qui nous permettront de réagir le plus adéquatement possible.

Nous vous remercions de votre collaboration,

L'équipe d'animation.

Nom et prénom du participant : .....

Date de naissance : ..... Poids : .....

Adresse : .....

....

2 personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse mail : …….

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse mail : …….

Nom et téléphone du médecin de famille : .....

.....

Le participant peut-il participer aux activités proposées (sport, excursions, jeux, natation...) : .....

Si pas, quelle(s) est(sont) la(les) raison(s) d'une éventuelle non-participation ?

.....

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/du séjour ? (problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Merci d'indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

....

.....

....

.....

Le participant fait-il partie d'un groupe à risque ? (voir liste ci-après) Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Le cas échéant, dispose-t-il d'une autorisation de son médecin traitant pour participer quand-même à l'activité/au séjour ? Oui Non

Le participant a-t-il été malade ou eu des symptômes de maladie dans les 5 jours qui précèdent l'activité/le séjour? Oui Non

X Dans l'affirmative, le participant doit se rendre chez son médecin et ne peut participer à l'activité/au séjour.

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'à dû subir le participant ? (merci d'indiquer l'année) : .....

....

.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos: Oui / Non

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Sioui,lesquels?.....

Quelles en sont les conséquences ? .....

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ?

....

.....

Y-a-t-il d'autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants

De mentionner?(insomnie, incontinence nocturne, troubles psychiques ou physiques, port de lunettes ou d'appareil auditif)

....

.....

....

....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui, lesquels, en quelle quantité et quand? .....

.....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

....

REMARQUE :

Les animateurs disposent d’une boite 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 : du paracétamol; du lopéramide (aux plus de 6 ans); de la crème à l’arnica; de la crème Euceta® ou Calendeel®; du désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®); du Flamigel®.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'activité/le séjour de mon enfant par le responsable du groupe 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. »

Date et signature du

Parent/tuteur :