

FICHE SANTE

1) Le participant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

2) Informations générales

Nom du chef de famille :

Adresse :

Numéro de GSM : Autre numéro :

Email :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél : Lien de parenté :

Nom : Tél : Lien de parenté :

Nom : Tél : Lien de parenté :

- ⑩ Où le participant vit-il habituellement ? Famille / Institution / Autre (précisez)
- ⑩ Type d'enseignement suivi : général / spécialisé Année scolaire :
- ⑩ Quelle est sa langue usuelle ?

3) Activités

Le participant peut-il participer à toutes les activités proposées (sports, excursions, jeux, activités manuelles et culinaires, jeux dans les bois, natation...)? **Oui** **Non**

Si non, lesquelles et pour quelle raison ?

- ⑩ Sait-il/elle nager ? **TB** **B** **Moyen** **Difficilement** **Pas du tout**
- ⑩ A-t-il/elle peur de l'eau ? **Oui** **Non**

4) Temps de vie

Le participant a-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? **Oui** **Non**

- ⑩ Si oui, lequel ?

5) Informations médicales

Nom du médecin traitant : Tél :

Groupe sanguin du participant :

Quel est son poids ? Sa taille ?

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

Est-il/elle allergique à certains aliments, substances ou médicaments ? **Oui** **Non**

- ⑩ Si oui, lequel ?
- ⑩ Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

Porte-t-il/elle des lunettes ? **Oui** **Non** Porte-t-il/elle un appareil auditif ? **Oui** **Non**

Quelles sont les maladies ou interventions médicales subies par le participant et en quelle année (appendicite...)?

.....

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Fréquence et gravité du trouble	Si oui : <input type="checkbox"/> Quel est son traitement habituel ? <input type="checkbox"/> Comment réagir ? <input type="checkbox"/> Quelles précautions particulières prendre ?
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asthme / Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incontinence (diurne ou nocturne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Saignements de nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maux de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problèmes intestinaux (diarrhée, vomissements, constipation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mal de route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sensibilité particulière au soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Affections cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles du sommeil (somnambulisme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Handicap mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (Précisez)				

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre/séjour de vacances ?

Oui **Non** Si oui, lesquelles ?

Le participant doit prendre des médicaments durant nos activités ? **Oui** **Non**

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

il/elle n'est pas autonome et un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement sont fournies au formateur qui aidera le participant dans la prise de ses médicaments (la personne signataire prend connaissance que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicament.)

Remarque importante :

Les formateurs 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 cités ci-contre et ce, à bon escient : désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'accueil de mon enfant par les responsables de la structure 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 du jeune, 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 accord.

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur...) :

Date de signature :

Signature des parents ou du responsable :