****

COLLER ICI UNE VIGNETTE

**FICHE SANTE INDIVIDUELLE**

COLLER ICI UNE VIGNETTE

A compléter par les parents, représentant légal
ou membre majeur, au début de chaque année
scoute, avant le camp ou la formation

**Cette fiche a pour objectif d’être au plus près de votre enfant / de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous nous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.
N’hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.**

**Identité du participant**

Nom : ……………………………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………………………

Né(e) le …………../……………/…………..

Adresse : Rue : ……………………………………………………………………………………….……….………. n° ………. bte ………………

Localité : …………………………………………………………… CP : ………. tél. / GSM :………./…………………………………………

Pays : ……………………………………………… E-mail : ……………………………………………………………………………………….……….……….

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

Contact 1

Nom : ……………………………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………

Lien de parenté : …………………………………………………………………………… tél. / GSM :………./…………………………………………

E-mail : ……………………………………………………………………………………….……….……….……

Contact 2

Nom : ……………………………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………

Lien de parenté : …………………………………………………………………………… tél. / GSM :………./…………………………………………

E-mail : ……………………………………………………………………………………….……….……….……

**Médecin traitant**

Nom : ……………………………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….……….………. tél. / GSM :………./…………………………………………

**Informations confidentielles concernant la santé du participant**

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? *(sport, excursions, jeux, natation…)* **Oui / Non**(1)

Raisons d’une éventuelle non-participation …………………….……….……….…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l’activité/ du camp ? *(ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental…)* **Oui / Non**(1)
Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu’a dû subir le participant ? (+ années respectives) ?

*(rougeole, appendicite…)*

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ? Date du dernier rappel : …../……../……. **Oui / Non**(1)

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? **Oui / Non**(1)

Si oui, lesquels ?

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

Quelles en sont les conséquences ?

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

 Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…).

……………………………………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

Le participant doit-il prendre des médicaments ? **Oui / Non**(1)

Si oui lesquels : …………………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

En quelle quantité ? …………………………………………………….……….……….…………………………………………………………………………

Quand ? …………………………………………………….……….……….……………………………………………………………………………………………

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) **Non applicable /** **Oui / Non**(1)

**Remarques**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 : *paracétamol, lopéramide (plus de 6 ans), crème à l’arnica, crème Euceta*® *ou Calendeel*®, *désinfectant (Cédium*® *ou Isobétadine*®*), Flamigel*®.

*« 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 centre de vacances 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 à défaut de pouvoir être contacté personnellement. »*

 Date et signature du parent

(1) Biffer les mentions inutiles