



- **A remplir par** les parents (ou un médecin) qui la renvoient au responsable du groupe
- **A conserver** dans le dossier du groupe et **à emporter** lors de chaque activité GCB
- **A montrer** au médecin ou à l'hôpital dès que c'est nécessaire
- **A actualiser** au début de chaque année guide et **avant le camp**
- **Pour en savoir plus** : *Le carnet de premiers soins*

# FICHE SANTE - 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 un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

**Identité de l'enfant** : Nom : ..... Prénom : ..... : Date de nais. : .....

Adresse complète : .....

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

Où joindre les parents ?	
Personne 1	Personne 2
Nom : .....	Nom : .....
Lien de parenté : .....	Lien de parenté : .....
Période du ..... au .....	Période du ..... au .....
Et du ..... au .....	Et du ..... au .....
Tél. : .....	Tél. : .....
GSM : .....	GSM : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Remarque(s) : .....	Remarque(s) : .....
.....	.....
.....	.....

**Groupe sanguin** : ..... **Poids de l'enfant** : ..... **Date du dernier examen 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 | Handicap moteur     | OUI — NON |
| Asthme             | OUI — NON | Affection cardiaque | OUI — NON |
| Epilepsie          | OUI — NON | Affection cutanée   | OUI — NON |
| Somnambulisme      | OUI — NON | Rhumatisme          | OUI — NON |
| Mal des transports | OUI — NON |                     |           |
| Handicap mental    | OUI — NON | Autre(s) : .....    |           |

**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 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 ? .....

**Votre 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...) : .....

**Un petit mot pour toi animateur :** Présente cette fiche au médecin consulté lors du camp, du hike... 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.

**Informations importante 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 informé 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 ; du Lopéramide (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 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 de la personne qui a rempli ce formulaire : .....

**Date et Signature :** .....

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

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

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*

