

③ FICHE SANTE

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Téléphone :

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom: Lien de parenté : téléphone :

Nom: Lien de parenté : téléphone :

3^{ème} personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

Nom: Lien de parenté : téléphone :

NOM et n° de téléphone votre médecin de famille :

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

Raisons d'une éventuelle non-participation

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ? □ Oui □ Non

Est-ce sa première participation à un centre de vacances ? □ Oui □ Non

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/du séjour ? (ex/ problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, mal des transports, rhumatismes, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental ...) Indiquer aussi 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 subies par le participant ? (+année ?) (Rougeole, appendicite ...)

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? □ Oui □ Non (en quelle année ?)

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

Si oui, lesquels

FICHE SANTE suite

Quelles en sont les conséquences ?

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

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

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

Remarque importante concernant l'usage de médicaments.

Les animateurs 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-dessous et ce à bon escient. Du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

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 consentement.

Le cadre d'utilisation de ces informations.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs 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.

« 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 centre de vacances ou par le service médical qui 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 »

Traduction anglaise : "I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the holiday centre 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 :

Signature des parents