





Pour tous les membres même les animateurs ou les invités  
 À compléter par les parents / tuteur(s) ou membre majeur

## Fiche santé Unités Soumagne et de Retinne OM008 et OM012

2 vignettes de  
 mutuelle du  
 participant

**!** à rentrer dès septembre SVP

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 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 :

Belgique

Tél. / GSM / email du participant :

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. / GSM :	Tél. / GSM :
Email :	Email :
Remarque(s) :	Remarque(s) :

**Coordonnées du médecin traitant**    Nom et prénom : **Docteur**

Adresse :

Tél. / GSM :

### Informations confidentielles concernant la santé du participant

Taille : ..... Poids : .....

Le participant peut-il prendre part aux **activités** proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade...) ?  OUI  NON

Le participant sait-il **nager** ?  Très bien  Bien  Moyennement bien  Difficilement  Pas du tout

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

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> mal des transports	<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> handicap mental
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> rhumatisme	<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> handicap moteur
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> énurésie nocturne	<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> maux de tête / migraines

la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir :

.....

.....

Quelles sont les autres **maladies importantes** ou les **interventions chirurgicales** qu'a dû subir le participant ? (appendicite, rougeole...) + années respectives

.....

.....





Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants pour le bon déroulement des activités / du camp (problèmes de sommeil, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...) :

.....  
 .....

Le participant est-il en ordre de **vaccination contre le tétanos** ?     NON     OUI    Date du dernier rappel :

Le participant est-il **allergique à certaines substances, aliments ou médicaments** ?     OUI     NON  
 Lesquels ?    Quelles en sont les conséquences ?

.....  
 .....

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

.....  
 .....

**J'atteste que mon enfant (*biffez la mention inutile*) n'a pas besoin de prendre un traitement médical / a besoin de prendre un traitement médical, y compris homéopathie, phytothérapie et aromathérapie :**

Les médicaments ne seront pas partagés entre les participants. Ils seront apportés dans un contenant nominatif et hermétique, accompagné des instructions précises pour les administrer (avalé, placé sous la langue, vaporisé dans le nez, instillés dans l'œil, appliqué sur la peau,...).

a) ..... (*nom du médicament*)

– Principe actif : .....

– Mode d'administration : .....

– Dosage et fréquence : .....

– Durée du traitement : .....

b) ..... (*nom du médicament*)

– Principe actif : .....

– Mode d'administration : .....

– Dosage et fréquence : .....

– Durée du traitement : .....

**Je vous fournirai, dans une boîte nominative, le(s) médicament(s) nécessaire(s) pour le traitement.**

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 à bon escient : paracétamol, antiseptique (de type Chlorhexidine), pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).

« 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. À cette fin, j'autorise les animateurs à prendre la carte d'identité de mon enfant, durant les camps ou Week-end d'unité afin de permettre son identification en cas de nécessités médicales, telle qu'une consultation chez un médecin ou une prescription à la pharmacie et 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 des parents**

**Date et signature de l'enfant (à partir de 13 ans)**

*Le traitement des données médicales est effectué dans le cadre de nos activités légitimes et moyennant les garanties appropriées, conformément à l'article 9 §2 du Règlement général relatif à la protection des données. Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la législation relative à la protection de la vie privée ainsi qu'au devoir de discrétion prévu dans la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.*

*Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites au plus tard un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert. Les informations relatives à nos traitements et à vos droits en qualité de personnes concernées sont disponibles dans notre charte de protection des données personnelles (disponible sur [lesscouts.be/vieprivee](http://lesscouts.be/vieprivee))*