

Fiche santé individuelle

À compléter par les parents, représentant légal ou membre majeur avant les stages et séjours.

Emplacement pour
une vignette de mutuelle
Coller ici

Emplacement pour
une vignette de mutuelle
Coller ici

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 : rue n° bte

Localité : CP : tél. / GSM :

Pays : E-mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse :

Lien de parenté : tél. / GSM :

E-mail :

Nom – Adresse :

Lien de parenté : tél. / GSM :

E-mail :

Médecin traitant

Nom – Adresse :

..... tél. / GSM :

Informations confidentielles concernant la santé du participant

Taille : Poids :

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

.....

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...) 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 ? Oui - Non
Date du dernier rappel :

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

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 ? 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)

Date et signature du parent

Date et signature du parent