

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) .....

### Remarques

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 esient :  
*paracétamol, lopéramide (plus de 6 ans), crème à l'arnica, crème Euceta® ou Calendee®*, 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

*Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à la loi du 19 juillet 2006 modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l'article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. 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.*





## Fiche santé individuelle

A compléter par les parents ou tout membre majeur au début de chaque année scolaire, avant le camp ou la formation.

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

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.

.....

.....

.....

