

Fiche santé

PRÉNOM et **NOM** du participant :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

Téléphone : E-mail :

Nom de la mutuelle :

Vignette de mutuelle :

(COLLER ICI)

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

3ème personne à contacter si les deux premières sont injoignables :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom et n° de téléphone du médecin du participant :

.....

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

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité ? (Ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, interventions médicales...).

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

.....

.....

.....

.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui / Non / En quelle année ?

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

Si oui, lesquels?

.....

.....

.....

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

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

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

En cas de traitement médical en cours, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du séjour. Ils doivent être confiés au responsable avec toutes les indications utiles (nom du médicament, dose et durée du traitement). Une prescription médicale est indispensable.

Selon les cas : Le(s) parent(s) signataire(s) prend conscience que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicament.

Remarque importante concernant l'usage de médicaments :

Les encadrants 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 suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique, pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).

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.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les responsables de l'accueil 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. »

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

La date et la signature du parent/tuteur.



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.

PROPOSITION D'AUTORISATION PARENTALE

- Concerne tous les participants qui ont moins de 18 ans, même les encadrants.
- A remplir et à signer par les parents/tuteurs.
- A faire certifier par la commune en cas de séjour à l'étranger.
- A confier au responsable du groupe.



Autorisation parentale

Nom de l'organisme : Cap Famille asbl

Adresse complète : 95 avenue Charles Thielemans, 1150 Woluwé Saint-Pierre

Animateur ou du coordinateur responsable du groupe : (prénom, nom) Ceuppens Anne

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

père / mère / tuteur autorise (prénom, nom du participant)

à participer à l'activité (la citer) :

qui se déroulera du/...../..... au/...../..... à(localité)

en (pays).

Durant cette période :

Je le/la place sous la garde de ses encadrants.

Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.

Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en fonction de la gravité de la situation.

Et sa traduction anglaise :

"During the above-mentioned period:

She/He will be under the authority and responsibility of his/her staff.

I agree that only the drugs listed on the medical card may be given, exclusively when required.

Should her health require an urgent decision and I cannot be reached personally, then I grant the doctor or surgeon the right to take that required decision."

Date et signature :



Prescription médicale

A compléter par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament

Prénom et nom du participant :

Adresse :

Téléphone :

PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné/e Docteur en médecine,

Atteste que (nom prénom du participant)
a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant l'activité suivante

Qui se déroulera du/...../20..... au/...../20.....

à(localité)

Nom du médicament :

Principe actif :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :

Nom du médicament :

Principe actif :

Mode d'administration :

Dosage :

Fréquence :

Durée du traitement :

Fait à, le/...../20.....

Cachet et signature du médecin :