Fiche santé individuelle

A compléter par les parents ou tout membre majeur au début de chaque année scoute et avant le camp.

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 responsables scouts 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

Prénom:..... Nom : .....

Né(e) le /Matricule :..... .....

Adresse: No ..... rue : .....

Code postal : ..... Localité : .....

E-mail : ..... tél. / GSM :.....

Merci de joindre

- **une photocopie r/v de la Carte d'identification de la Sécurité sociale / Carte européenne d'assurance maladie**
- **une photocopie de la carte de vaccination**

Personnes à contacter en cas d'urgence

1. Nom, Adresse : ....

Lien de parenté : ....

E-mail : ..... tél. / GSM :.....

2.Nom, Adresse : ....

Lien de parenté : ....

E-mail : ..... tél. / GSM :.....

Médecin(s) traitant(s)

1.Nom - Adresse : ....

E-mail :..... tél. / GSM : .....

2.Nom - Adresse : ....

E-mail :..... 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.

.....

.....

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? OUI / NON 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** ? OUI / NON

Nom du medicament	En quelle quantité?	Quand?

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

Remarques :

a) *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 : Paracetamol, Reparil®, désinfectant (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®.*

b) *«J'autorise le médecin 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.»*

c) *Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.*

d) *Le Participant ou en cas de minorité d'âge son représentant légal, donne par la signature de la présente fiche son consentement à ce que la FNEL utilise les données personnelles y reprises en cas de nécessité et pourra les transmettre au personnel soignant.*

Date et signature : .....