

FICHE SANTÉ - Confidential

Note préalable : Les informations ci-dessous seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les animateurs 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. Ces données seront détruites après le camp si aucun dossier n'est ouvert.

Identité de l'enfant : Nom : Prénom : : Date de nais. :
 Adresse complète :
 Numéro de registre national :

Où joindre les parents ou le tuteur ou le responsable légal ?	
Personne 1	Personne 2
Nom :	Nom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Période du au	Période du au
Et du au	Et du au
Tél. :	Tél. :
GSM :	GSM :
E-mail :	E-mail :
Remarque(s) :	Remarque(s) :
Y a-t-il des remarques concernant sa participation à certaines activités (sport, camp, jeux...) ? OUI — NON Lesquels et pourquoi ?	

L'enfant est-il atteint de :

- | | | | | | |
|---------------|-----------|---------------------|-----------|---|------------|
| Diabète | OUI — NON | Mal des transports | OUI — NON | Handicap mental | OUI — NON* |
| Asthme | OUI — NON | Affection cardiaque | OUI — NON | Handicap moteur | OUI — NON* |
| Épilepsie | OUI — NON | Affection cutanée | OUI — NON | Autre(s) : | |
| Somnambulisme | OUI — NON | Rhumatisme | OUI — NON | (* Si oui, complétez l'annexe destinée aux personnes présentant un handicap.) | |

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? OUI — NON Lesquels ? Quand ? En quelle quantité ? :

Est-il **allergique** à certaines **matières ou aliments** ? OUI — NON Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ?

Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler aux animateurs (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, etc.) :

Informations importantes pour les parents : Ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donner ces renseignements afin que votre enfant retire le maximum de plaisir de sa participation à nos activités. Les animateurs disposent d'une trousse de premiers soins. Nous vous rappelons qu'il est nécessaire de tenir informés les animateurs s'il y avait une évolution d'ordre médical entre le moment où vous avez rempli cette fiche et les activités.

« 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 du camp (ou du responsable du Groupe lors de toute autre activité) 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 mon enfant, s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Date et signature du parent ou responsable légal de l'enfant :

Nom, prénom, date et signature de la personne qui a rempli ce formulaire :

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.
Ne pas coller complètement