

Fiche médicale – données obligatoires

La fiche médicale est à renouveler obligatoirement chaque année et à chaque modification

NOM du participant				
PRÉNOM				
Né(e) le		N° National NISS *	sexe	
Rue				N°
Code		Localité		

*** Obligatoire : Le N° National « NISS » se trouve sur la carte d'identité, ou sur la vignette mutuelle**

Nom du médecin traitant			Tél. / GSM	
Rue				N°
Code		Localité		

Coordonnées des parents/ tuteurs ou responsables légaux à contacter en cas d'urgence			
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté		Lien de parenté	
Tél./GSM :		Tél./GSM :	
E-mail :		E-mail :	
N° National NISS *		N° National NISS *	
Remarque(s)		Remarque(s)	

Personne à contacter en cas d'urgence si les deux premières sont injoignables

Nom		Lien de parenté		Tél./GSM	
-----	--	-----------------	--	----------	--

**Vignette mutuelle
A coller ici**

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour ?

☐ Problèmes cardiaques	☐ Asthme	☐ Diabète	☐ Troubles du système immunitaire
☐ Affections cutanées	☐ Hémophilie	☐ Epilepsie	☐ Rhumatisme
☐ Handicap moteur ou mental	☐	☐	☐
☐ Autre(s) à préciser →			

Si l'une de ces affections est cochée, j'atteste, par la présente, de sa bonne santé actuelle et/ou je dispose d'un Certificat médical attestant d'un état de santé préalable compatible avec sa participation à l'activité

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 Année du dernier rappel :

Le participant est-il allergique ou intolérant à certaines substances, aliments et/ou médicaments ? Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les conséquences ? Comment réagir ?

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (rougeole, appendicite... + année ?)

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

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

Si votre enfant prend des médicaments ou suit un traitement, est-il autonome dans la prise de ceux-ci (celui-ci) ?

☐ OUI ☐ NON

(Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Le poids de votre enfant :		Kg.
----------------------------	--	-----

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 et obligatoire.

Le participant est-il apte à participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...) ☐ OUI ☐ NON

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

Le(s) parent(s) signataire(s) prend (prennent) 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. »

Engagement obligatoire du parent/Tuteur :

En tant que parent/tuteur du participant, en cas de maladie ou d'accident, je m'engage formellement (si impossibilité, un autre adulte) à :

- être joignable par téléphone - GSM,
- à avoir la possibilité de venir rechercher le participant immédiatement 24h/24 pendant toute la durée du stage,

Date ➔

Et signature du parent/tuteur ➔