



Confidentiel

Fiche médicale

Un petit mot pour vous, parents...

Ce document doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donner ces renseignements afin que votre enfant trouve son plein épanouissement lors de sa participation à nos activités.

Un petit mot pour toi animateur...

Présente cette fiche au médecin consulté lors d'un WE, d'un camp ou d'une autre activité ... Il peut ainsi prendre connaissance de certains antécédents et éventuellement contacter soit les parents soit le médecin traitant de l'enfant. Il peut ainsi indiquer (au verso de ce formulaire) son avis et les prescriptions à suivre. **Dans ce cas, cette fiche sera remise aux parents pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates**

Identité de l'enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

Médecin traitant

Nom : Téléphone :

Personnes à contacter

Personne 1 (Nom :):

Lien de parenté :

GSM :

Remarque(s) :

Personne 2 (Nom :):

Lien de parenté :

GSM :

Remarque(s) :

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

Nom : Lien de parenté : Tél :

Groupe sanguin : Poids de l'enfant : Date du dernier examen médical scolaire :/...../.....

Y avait-il des remarques concernant sa participation aux activités de Bas les Masques (jeux, danse, chant, excursions, ...) ? OUI – NON

Lesquelles :
.....

L'enfant est-il atteint de :

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Affection cutanée | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Mal des transports | |
| <input type="checkbox"/> Handicap mental | <input type="checkbox"/> Handicap moteur | |

Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies :

..... Année :
..... Année :
..... Année :

	Oui	Non	Dernier rappel
Vaccination tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__

	Oui	Non
Est-il/elle sensible aux refroidissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il/elle vite fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-elle incontinent(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il/elle peur de l'eau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sait-il nager ? TB B Difficilement Pas du tout

Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? OUI – NON

Lesquels :
.....
.....

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?
.....
.....

Doit-on demander un régime alimentaire particulier pour votre enfant lorsque nous avons des activités extérieures (WE, Camp, ...) ? OUI – NON Si oui, lequel ?

Votre fille est-elle réglée ? OUI – NON Y a-t-il des observations à ce sujet ?

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

Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

OUI – NON

Si non, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

Remarque importante pour les parents

Les animateurs disposent d'une trousse 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.

Liste de médicaments se trouvant dans la trousse de premiers soins de nos animateurs : Paracétamol (douleur – température), désinfectant, Arnica® (coups, entorses), pommade réparatrice en cas de brûlures légères, pommade calmante en cas de piqûres d'insectes.

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris 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. 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 accord

Remarques :

Nom-Prénom de la personne qui a rempli ce formulaire

Date

Signature

____ / ____ /20____

Prescriptions et soins prodigués à l'enfant	Nom et tél du médecin consulté	Avis et prescriptions à suivre	Date et signature