



### 3.F. Fiche médicale individuelle

#### A COMPLETER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS OU PAR UN MEDECIN.

IMPORTANT : en cas d'intolérance ou d'allergie à un aliment ou lors d'un régime alimentaire particulier merci de prévenir le Responsable de camp au plus tôt afin d'informer les Intendants d'adapter leurs préparations.

#### Identité de l'enfant :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

#### Personne à contacter en cas d'urgence

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone en journée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Téléphone en soirée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Données médicales

(\*) Biffer les mentions inutiles

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Groupe sanguin de l'enfant : \_\_\_\_\_ Poids/taille : \_\_\_\_\_

- L'enfant est-il soigné par homéopathie ? oui / non (\*)
- L'enfant doit-il prendre des médicaments durant le camp ? oui / non (\*)
- Lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui / non (\*)

Date de la première injection : \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel (1) : \_\_\_\_\_

(1) Si votre enfant n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'il n'a pas été vacciné dans les cinq dernières années, il est nécessaire qu'il soit en ordre de vaccination avant le camp!!

- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de (cochez les cases) :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> insomnie	<input type="checkbox"/> maux de ventre	<input type="checkbox"/> autres ...
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> coups de soleil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> affection <small>cardiaque</small>	<input type="checkbox"/> sinusite	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> bronchite	<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> saignements de nez	<input type="checkbox"/> vomissements	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> mal du voyage	<input type="checkbox"/>

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- L'enfant est-il allergique ou sensible ? A certains médicaments ? oui / non (\*)

Lesquels ? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ? oui / non (\*)

Lesquels ? \_\_\_\_\_

Suit-il un régime particulier (végétarien, ...) ? \_\_\_\_\_

- Est-il incontinent? oui / non / souvent (\*)
- Faut-il le réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? oui / non (\*)
- A-t-il des habitudes particulières avant de se coucher / pendant la nuit ?

Lesquelles ? \_\_\_\_\_

- Est-il vite fatigué ? oui / non (\*)
- Est-il sensible aux refroidissements ? oui / non (\*)
- Y a-t-il des activités / sports qu'il ne peut pas pratiquer ? oui / non (\*)

Lesquels / pourquoi ? \_\_\_\_\_

- Sait-il nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout (\*)
- Votre fille est-elle réglée ? oui / non (\*) - Remarques à ce sujet :

\_\_\_\_\_

- L'enfant est-il porteur d'un handicap particulier ? oui / non (\*)

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

- Date du dernier examen médical : \_\_\_\_\_

De façon générale, autres remarques utiles concernant la participation de l'enfant au camp :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont exactes et complètes.

L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document.

En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le Responsable du camp à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...)

**Date, nom, prénom et signature du parent/tuteur :**

**NB 1 : Veuillez joindre la carte SIS de votre enfant à ce document.**

**NB 2 : Si le camp se déroule à l'étranger, veuillez vous renseigner auprès de votre mutuelle afin de joindre à ce document les documents nécessaires pour le pays où se déroule le camp.**