



3.F. Fiche médicale individuelle

Emplacement pour une vignette de mutuelle.
(COLLER ICI)

A COMPLETER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS OU PAR UN-E MEDECIN.

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

NB 1 : Veuillez joindre la carte d'identité 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.

Identité du participant-e :

Prénom : Nom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom & Prénom : Nom & Prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté :

Tél./GSM : Tél./GSM :

E-mail : E-mail :

Remarque(s) : Remarque(s) :

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

.....
.....

Covid-19 :

Je certifie que le·la participant·e ne fait pas partie d'un groupe à risque au Covid-19 (voir liste), ou s'il en fait que partie que celui·celle-ci a reçu un avis favorable de son médecin quant à sa participation au camp 2020.

Je certifie que le·la participant·e participe au camp uniquement s'il n'a pas eu de symptômes attribuables au Covid-19 au cours des 3 derniers jours précédents le début du 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. Les amateur·rices disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situation ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique (de type Chlorhexidine), pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien). En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci·celles-ci autorisent le·la Responsable du camp à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical...)

J'accepte que les données fournies dans ce document soient conservées et utilisées par l'ASBL Scouts et Guides Pluralistes de Belgique, y compris mon Unité, à condition que la conservation et l'utilisation de mes données soient conformes aux statuts de l'association. Je suis conscient.e de mon droit d'accéder à mes données et de mon droit à demander leur modification ou suppression (en contactant donnees@sgp.be). Le consentement parental à ces conditions est indispensable pour les personnes de moins de 16 ans.

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