



Fiche médicale individuelle

A compléter avec précision au début de chaque année Patro et avant chaque camp ou à tous changements de données, par les parents, par un responsable (tuteur) ou par un médecin.

2 vignettes de mutuelle à agraffer ci-dessous :

Vignette de mutuelle

Vignette de mutuelle

Identité de l'enfant

Prénom : _____ Nom : _____

N° registre national : _____

Rue/Av. : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Ville : _____ N° tél. mobile : _____
(16 ans + et facultatif)

2 personnes à contacter en cas d'urgence (Obligatoire et au moins un N° de tél./pers.)

Prénom : _____ Nom : _____ Parenté : _____

Rue/Av. : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Ville : _____ N° tél. fixe : _____

N° tél. mobile : _____ e-mail : _____

Prénom : _____ Nom : _____ Parenté : _____

Rue/Av. : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Ville : _____ N° tél. fixe : _____

N° tél. mobile : _____ e-mail : _____

Médecin traitant

Nom : _____

Rue/Av. : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Ville : _____ N° tél. fixe : _____

N° tél. mobile : _____ (Au moins un numéro de téléphone obligatoire)

Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

Diabète Épilepsie Somnambulisme Affection cardiaque Mal des transports

Asthme Affection cutanée Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental

Autres: _____

Fréquence, gravité et action à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir :

Y-a-t-il d'autres renseignements concernant l'enfant que vous jugez importants de mentionner ?
(insomnie, troubles psychiques ou physiques, port de lunettes ou d'appareil auditif, ...)

Quel est son poids ? _____ kg

Est-il sensible aux refroidissements ? Oui Non

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Est-il allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Quels en sont les conséquences : _____

Est-il vite fatigué ? Oui Non

Est-il incontinent ? Oui Non Quand? _____

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Peut-il participer aux activités proposées (sportives, excursions, jeux) ? Oui Non

Si non, quelles sont les raisons : _____

Peut-il participer aux baignades ? Oui Non Sait-il nager ? Oui Non Plus ou moins

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non (date du dernier rappel) _____

A-t-il reçu du sérum antitétanique ? Oui Non (en quelle année ?) _____

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui, lesquels. en quelle quantité et quand ?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) Oui Non

REMARQUE:

Le staff dispose 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 cités ci-dessous et ce à bon escient : du paracétamol; du lopéramide (aux plus de 6 ans); de la crème à l'arnica; de la crème Euceta® ou Calendeel®; du désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®); du Flamigel®.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'activité/le séjour de l'enfant par le responsable du groupe 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. »

Traduction anglaise pour les séjours le nécessitant: "I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the group or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, even in case of surgery."

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de l'enfant et sont réservées à une utilisation interne au Patro par l'équipe de cadres 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 un an après l'activité/le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

Rappel : la fiche médicale individuelle est à compléter avec précision au début de chaque année Patro et avant chaque camp, mini-camp ou à tous changements de données, par les parents ou par un médecin.

Date : _____

Signature : _____



Soins à prodiguer et prescriptions pendant le camp

A présenter au médecin consulté lors du camp et à remettre aux parents à la fin du camp.

Médicaments à prendre durant le camp :

(résumé)(remplir l'autorisation parentale pour l'administration de médicaments)

Visites du médecin – Dates – Diagnostique – Traitement (durée ?)
