

Fiche Santé

Aidez-nous à connaître votre enfant !



Nous sommes soucieux d'offrir une animation adaptée à votre enfant, à sa santé et à ses rythmes. C'est pour cette raison que nous vous demandons de remplir soigneusement cette fiche « Santé ». N'hésitez pas à annexer un feuillet complémentaire ou à nous contacter, si nécessaire. Grâce à votre aide et à vos renseignements précis, nous éviterons les risques inutiles et assurerons à votre enfant un encadrement adapté pour des vacances agréables et sans souci. Merci de nous tenir informés de l'évolution de l'état de santé de votre enfant entre son inscription et le départ en séjour/plaine.

PARTICIPANT

- Séjour/plaine : endroit : thème : dates :
- Nom : Prénom (F/M) : Né(e) le :/...../.....
- **Mutualité** : nom + adresse:.....

ET collez partiellement une vignette ici :



Vos données personnelles seront traitées par l'ASBL Ocarina dans le cadre du règlement général sur la protection des données. Nous avons toutefois besoin de récolter une vignette et le numéro national de votre enfant dans le cadre d'une éventuelle gestion de soins et/ou dans le cadre d'une prise en charge globale au sein de nos activités.

- Nom du responsable de l'enfant Lien de parenté :
- Adresse : Téléphone :
- e-Mail :
- Personne à contacter en cas d'urgence (2 personnes différentes) :
- 1. Nom : Téléphone : Lien de parenté :
- 2. Nom : Téléphone : Lien de parenté :
- Nom du médecin traitant : Localité : Téléphone :

LIEU DE VIE

- Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille/ garde alternée/ institution/ grands-parents/ autre :
- Type d'enseignement suivi : général - spécialisé de type : Année scolaire :
- Quelle langue parle-t-il/elle dans la vie de tous les jours ?

LOISIRS

- Peut-il participer aux activités proposées (sport, jeux, natation, ...) ? OUI/NON
Si non lesquelles ?
- Raison d'une éventuelle non-participation :
- Sait-il/ elle nager ? TB - B (25m = 1 longueur) - Difficilement - Pas du tout
- Sait-il/ elle rouler à vélo (à 2 roues) ? OUI/NON
- Quelle est sa pointure ? Quelle est sa taille ?cm. Quel est son poids ?kg
- A-t-il/ elle déjà participé - à un séjour/plaine d'Ocarina ? OUI/NON - Si oui, où et quand ?
- à un séjour d'une autre organisation ? OUI/NON Si oui, laquelle

SOMMEIL – REPAS

- A-t-il/ elle un régime alimentaire particulier à suivre (ex : sans porc, végétarien, sans gluten ...) ? OUI/NON Si oui, lesquels ?
- Si votre enfant est inscrit en séjour : a-t-il/ elle une habitude particulière avant le coucher ou pendant la nuit ? Si oui, laquelle

Les frais médicaux survenant au cours de l'activité Ocarina sont à notre charge. Nous n'intervenons cependant pas pour les frais qui découlent d'une aggravation d'état de santé conséquence d'un accident **antérieur** au séjour. **En cas de traitement médical en cours**, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du séjour. Si vous le souhaitez, ils seront confiés au responsable avec toutes les indications utiles et nécessaires. **Attestation médicale indispensable.**

A renvoyer à :

SANTE

• Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités ?
(ex : problème cardiaque, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, pipi au lit (incontinence), migraine, constipation, saignement de nez, hypersensibilité au soleil, maladie contagieuse, affection de la peau ...)

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir (+ traitement). Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• A-t-il/ elle subi une intervention chirurgicale ou maladie grave ? OUI/NON

Si oui, quand et laquelle ? :

• Est-il/ elle **allergique/intolérant** à une substance, aliment, médicament ou autre ? OUI/NON

Le(s)quel(s) ?

Quels sont les conséquences et traitements ?

• Devra-t-il/ elle prendre des médicaments durant le séjour/plaine ? OUI/NON

Si oui (**attestation médicale indispensable**), lesquels, quand, pourquoi, quantité et durée ?

.....

• Est-il/elle autonome dans sa prise de ses médicaments ? OUI/NON

• Est-il/ elle en ordre de vaccination contre le tétanos ? OUI/NON - Date du dernier vaccin :

• A-t-il/ elle des difficultés sensorielles particulières : Porte-t-il/ elle un appareil auditif ? OUI/NON

Porte-t-il/ elle des lunettes? OUI/NON - Autres ?

• A-t-il/ elle un handicap ? OUI/NON Si oui, lequel ?

• Avez-vous **d'autres renseignements** utiles à transmettre au responsable du séjour/plaine :

.....
.....
.....

Les animateurs disposent d'une boîte de 1^{ers} soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée d'un médecin, j'autorise les animateurs à administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : du paracétamol (anti fièvre, anti douleur), du Lopéramide (anti diarrhée), de la crème à l'arnica (pour bosse et bleu), de la crème After Pick (piqûre, coup de soleil), du Cédium (désinfectant).

Je soussigné(e) marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour/plaine de mon enfant par le responsable du centre de vacances 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 un séjour à l'étranger : *I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the holiday centre 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.*

Dans le cas où la situation, non urgente, ne nécessite pas le transport en ambulance, j'autorise le responsable du séjour à conduire ou à faire conduire l'enfant chez le médecin ou à l'hôpital avec un véhicule privé.

Je soussigné(e) donne mon accord pour l'inscription de la personne précitée aux conditions prescrites. Les informations que j'ai fournies dans cette « Fiche Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.

Nom du signataire : **Fonction (parents, tuteur légal...)**

Signature : **Date :**

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs d'Ocarina 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 une année après l'activité si aucun dossier n'est ouvert.

A renvoyer à :