

# Fiche Santé

## Aide-nous à te connaître !



Tu as choisi de t'investir au sein d'Ocarina. Durant tes animations, nous souhaitons pouvoir faire face à toute éventualité. C'est pour cette raison que nous te demandons de remplir soigneusement cette « Fiche Santé ». N'hésite pas à annexer un feuillet complémentaire ou à nous contacter, si nécessaire. Grâce à ton aide et à tes renseignements précis, nous éviterons les risques inutiles et t'assurerons des activités agréables et sans soucis. Merci de nous tenir informés de l'évolution de ton état de santé entre ton inscription et ton animation.

### PARTICIPANT

- Séjour/plaine/formation : Endroit : ..... Dates : ..... Cursus Formation : .....
- Nom : ..... Prénom (F/M) : ..... Né(e) le : ...../...../.....
- E-mail : .....
- **Mutualité** : nom + adresse:.....

Et colle partiellement une vignette ici :



Tes 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 ton numéro national 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 Chef de famille ..... 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 vis-tu habituellement ? Famille/ garde alternée/ institution/ grands-parents/ autre : .....
- Type d'enseignement suivi : ..... Année scolaire : .....
- Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours ? .....

### LOISIRS

- Y-at-il des activités que tu ne peux pas pratiquer (sport, jeux, natation, ...) ? OUI/NON  
Si oui, lesquelles ? .....
- Raison d'une éventuelle non-participation : .....
- Sais-tu nager ? TB - B (25m = 1 longueur) - Difficilement - Pas du tout
- Dans le cadre des activités : ski, etc. : Peux-tu donner :  
Ta pointure ? ..... Ta taille ? ..... cm. Ton poids ? ..... kg
- As-tu déjà animé :  
- un séjour/plaine Ocarina ? OUI/NON - Si oui, où et quand ? .....
- un séjour d'une autre organisation ? OUI/NON Si oui, laquelle .....

### REPAS

- As-tu un régime alimentaire particulier à suivre (ex : sans porc, végétarien, sans gluten ...) ? OUI/NON Si oui, lesquels ? .....

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. **Attestation médicale indispensable.**

## 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, 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.**

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

• As-tu subi une intervention chirurgicale ou maladie grave ? OUI/NON

Si oui, quand et laquelle ? : .....

• Es-tu **allergique/intolérant** à une substance, aliment, médicament ou autre ? OUI/NON

Le(s)quel(s) ? .....

Quels sont les conséquences et traitements ? .....

• Devras-tu prendre des médicaments durant l'activité ? OUI/NON

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

.....  
.....

• Es-tu autonome dans ta prise de médicaments ? OUI/NON

• Es-tu en ordre de vaccination contre le tétanos ? OUI/NON - Date du dernier vaccin : .....

• As-tu des difficultés sensorielles particulières : Portes-tu un appareil auditif ? OUI/NON

Portes-tu des lunettes? OUI/NON - Autres ? .....

• As-tu un handicap ? OUI/NON Si oui, lequel ? .....

• As-tu **d'autres renseignements** utiles à transmettre au coordinateur de l'activité :

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

**Le responsable dispose d'une boîte de 1<sup>ers</sup> soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée d'un médecin, j'autorise le responsable 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).**

### A remplir par le chef de famille (si tu as moins de 18 ans) :

**Je soussigné(e) marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant les activités par le coordinateur de l'activité ou par le service médical associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé du participant, 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 coordinateur de l'activité à conduire ou à faire conduire le participant 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 :