



La **fiche santé** nous permet d'offrir une **animation de qualité et adaptée à votre enfant** (à sa santé, ses rythmes et ses besoins), nous vous demandons donc de la remplir **soigneusement**. N'hésitez pas à annexer un **feuillelet complémentaire** ou à nous **contacter**. Ce document est à renvoyer obligatoirement **dans les 8 jours** qui suivent l'inscription, 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

- **Nom :** **Prénom (F / M) :** **Né(e) le :** / /
- **Lieu de séjour/plaine/formation :**
- **Date de séjour/plaine :** Du / / Au / /
- Durant l'été, pour une inscription en plaine dans la même régionale, la fiche santé reste valable entre le 1^{er} juillet et le 31 août, à partir de la date de signature du document. Sauf modification écrite de la part du responsable de l'enfant et en accord avec les conditions citées dans le présent document.*
- **Numéro National :**
- 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 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.*
- **Lieu de vie de l'enfant :** Maison - Institution - autre :
- Adresse :**
- **Nom du responsable de l'enfant :** **Lien de parenté :**
- Adresse :**
- Téléphone :** **E-Mail :**
- **Personne à contacter en cas d'urgence** (si le responsable de l'enfant n'est pas joignable)
- 1. Nom :** **Téléphone :** **Lien de parenté :**
- 2. Nom du médecin traitant :** **Localité :** **Téléphone :**

> Racontez-nous comment vit votre enfant

COMMUNICATION

- Est-il fréquemment en contact avec d'autres enfants ?
(frères ou sœurs, institution, école, ...) Expliquez :
.....
.....
- A-t-il des difficultés d'expression ? Oui Non
- Se fait-il comprendre par
 Des phrases Des gestes Autres
- Utilise-t-il un langage particulier ? Si oui, lequel ?
Merci d'éventuellement nous donner une copie de la méthode utilisée.
.....
.....
- A-t-il des difficultés de compréhension ? Oui Non
- Sait-il lire ? Oui Non
- Sait-il écrire ? Oui Non
- De quelle façon pouvons-nous communiquer au mieux avec lui ?
.....
.....
- Remarques :
.....
.....

MOTRICITÉ

- Marche-t-il sans aide ? Oui Non

Si non, utilise-t-il :

- Des béquilles Des cannes Un rolator
- Une voiturette (manuelle - électrique - tricycle)

Merci d'entourer le type de voiturette utilisé

- A-t-il besoin d'une autre adaptation (prothèse, casque, attelle, semelle, ...). Détaillez :

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

- Est-il : Gaucher Droitier

- A-t-il des difficultés à utiliser ses mains ? Oui Non

Précisez :

.....
.....

- A-t-il des troubles de l'équilibre (chutes fréquentes) ? Oui Non

Précisez :

.....
.....

- Remarques :

.....
.....

REPAS

- Votre enfant :

- Est autonome et mange tout à fait seul
- A besoin d'une aide : Totale Partielle pour manger
- Ne sait pas couper sa viande
- Utilise du matériel particulier. Si oui, lequel ? Détaillez :

.....
.....

- Refuse-t-il certains aliments ? Oui Non

Si oui, expliquez :

.....
.....

- A-t-il un régime particulier à suivre ? Oui Non

Si oui, expliquez :

.....
.....

- Durée moyenne du repas principal :

- Remarques :

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

HYGIÈNE & TOILETTE

- Votre enfant se lave :

- Entièrement seul
- Avec un suivi partiel
- Avec l'aide de quelqu'un

- Votre enfant s'habille :

- Entièrement seul
- Avec un suivi partiel
- Avec l'aide de quelqu'un

- Porte-t-il des lanâges ?

- Jamais
- La nuit
- Pendant la sieste
- Toute la journée

- Remarques :

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

- Décide-t-il seul d'aller aux toilettes ?

- Oui Non

- Faut-il l'accompagner ?

- Oui Non

- Est-il sujet à la constipation ?

- Oui Non

- Est-il sujet à la diarrhée ?

- Oui Non

Que faites-vous dans ce cas ?

Expliquez :

.....

.....

.....

SOMMEIL

- Vers quelle heure va-t-il se coucher ?

- Vers quelle heure se lève-t-il ?

- A-t-il une habitude avant le coucher ou pendant la nuit ?

- Oui Si oui, laquelle ?

- Non

-

- A-t-il besoin d'une sieste ?

- Oui

- Non

- Se lève-t-il la nuit ?

- Oui

- Non

- Faut-il le réveiller au cours de la nuit ?

- Oui

- Non

Si oui, pourquoi ?

-

- Faut-il le surveiller pendant la nuit ?

- Oui

- Non

- A-t-il des troubles du sommeil ?

- Somnambulisme

- Cauchemars

- Autres

- A-t-il besoin d'adaptations particulières autour de son lit ?

-

- Remarques :

.....
.....

COMPORTEMENT

- A-t-il tendance à fuir ? Oui Non
- A-t-il conscience des dangers ? Oui Non
- A-t-il tendance à faire des :
 - Angoisses Colères Crises
 - Autres :
- Comment rassurer votre enfant ?
.....
.....
- Quelles sont les situations qui peuvent déclencher cela ?
Comment le gérer au mieux ?
.....
.....
- Est-il vite fatigué ? Oui Non
- A-t-il des habitudes/des rituels ? (objet, attitude qui le rassure, ...)
.....
.....

LOISIRS

- Quelles sont ses activités favorites ?
.....
.....
- Existe-t-il des activités ou sports qu'il n'aime pas faire ?
.....
.....
- Aime-t-il se baigner ? Oui Non
- Sait-il nager ? Oui Non
- Sait-il rouler à vélo ? Oui Non
- Peut-il monter à cheval ? Oui Non
Si oui, est-il déjà monté à cheval ?
 Non De façon occasionnelle Il a suivi des cours
- Remarques :
.....
.....
.....

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. Je m'engage à signaler tout changement de l'état de santé de l'enfant entre son inscription et le départ en activité et à transmettre une nouvelle Fiche Santé à Ocarina asbl pour confirmer ces changements. J'assume l'entière responsabilité en cas d'informations erronées, incomplètes ou non transmises et j'ai pris connaissance du fait que l'asbl Ocarina, et les organisateurs déclinent toute responsabilité en cas de non transmission ou mise à jour des données reprises dans la présente fiche.

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 un an après la dernière activité si aucun dossier n'est ouvert.

Ocarina asbl : n° d'entreprise 0411.971.074. Siège social : Chaussée de Haecht 579 BP 40 1031 Bruxelles.

DOSSIER MÉDICAL

À REMPLIR AVEC L'AIDE DU MEDECIN TRAITANT

- Votre enfant a-t-il un :
 Handicap physique Handicap mental
Quel est le diagnostic précis du handicap de votre enfant ?
.....
.....
- A-t-il besoin de soins médicaux (sondage, appareillages, ...)?
Si oui, détaillez-en la nature et la fréquence :
.....
.....
- Souffre-t-il :
 D'épilepsie ?
Quelle est la fréquence des crises ?
De quand date sa dernière crise ?
> En cas de crise, merci d'expliquer en annexe comment réagir.
 De diabète ? D'une maladie du cœur ?
 D'asthme D'une autre maladie ?
- Y a-t-il des activités contre-indiquées ? Si oui, lesquelles ?
.....
- A-t-il reçu le vaccin antitétanique ? Oui Non
De quand date le dernier rappel ?
- Souffre-t-il d'allergies ? Oui Non
Si oui, à quoi ?
- A-t-il des problèmes de vue ? Oui Non
- Porte-t-il des lunettes ? Oui Non
- A-t-il des problèmes d'ouïe ? Oui Non
- Porte-t-il un appareil auditif ? Oui Non
- A-t-il une autre difficulté sensorielle ?
.....
- Remarques :
.....
.....
- Quels sont :
Sa taille : Son poids : Sa pointure :

PRESCRIPTION MÉDICALE

- Le soussigné(e) Docteur en médecine, atteste que a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant le SÉJOUR / PLAINES (barrer la mention inutile), organisé(e) par le service Jeunesse de la Mutualité Chrétienne qui se déroulera : du / / 20 au / / 20 à (localité)

- **Nom du médicament :**
Principe actif :
Mode d'administration : Dosaage :
Fréquence/moment de prise :
Durée du traitement :
Effets secondaires éventuels :
- **Nom du médicament :**
Principe actif :
Mode d'administration : Dosaage :
Fréquence/moment de prise :
Durée du traitement :
Effets secondaires éventuels :

- Doit-il prendre des médicaments spécifiques dans certaines circonstances ? Oui Non
Si oui, dans quelles circonstances :

- **Nom du médicament :**
Principe actif :
Mode d'administration : Dosaage :
Fréquence/moment de prise :
Durée du traitement :
Effets secondaires éventuels :
- Est-il allergique à certain(s) médicament(s) ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s) ? (dénomination précise) :
- Nom et adresse du service infirmier traitant :
- Remarques :

Veuillez nous fournir suffisamment de médicaments pour toute la durée du séjour et les remettre en mains propres au responsable avant le départ. **Toute modification de traitement par rapport à la présente devra impérativement être attestée par un médecin.**

Le soussigné(e) Docteur Médecin traitant de la personne précitée, déclare avoir pris connaissance des données ci-dessus et certifie que ces renseignements sont exacts et complets. **N° de téléphone :**

Fait à le / / 20

Cachet du Médecin obligatoire :

Signature :

Les frais médicaux survenant au cours de l'activité de 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/plaine. **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.**