



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 :** ..... **Né(e) le :** ..... / ..... / .....

● **Sexe biologique (pour raison médicale) :**  F  M  Intersexe

● **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<sup>er</sup> 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.*

● **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 :** .....

## SANTÉ

● 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...)?

**Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et réagir en cas de difficulté. Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement.**

.....

.....

.....

.....



## SANTÉ

- 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  
Si oui, le(s)quel(s) ? .....
- Quels sont les conséquences et traitements ? .....
- A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre [ex : sans porc, végétarien, sans gluten, halal ...] ?  Oui  Non  
Si oui, le(s)quel(s) ? .....
- 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 la 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 ? .....
- Est-il/elle porteur/se d'un handicap ?  Oui  Non Si oui, lequel ? .....
- Avez-vous des précisions sur le comportement de l'enfant utiles à transmettre au responsable du séjour/plaine pour le bon déroulement de son séjour/sa plaine : .....

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

## 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/elle 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 ? .....
- Sa taille ? ..... cm.
- Son poids ? ..... kg

## SOMMEIL

Si votre enfant est inscrit en **séjour** : a-t-il/elle une habitude particulière avant le coucher ou pendant la nuit ? Si oui, laquelle ? .....

.....

.....

.....

.....

## ACCOMPAGNEMENT

Afin d'accompagner au mieux votre enfant dans ce nouveau cadre de vie, n'hésitez pas à nous en dire plus, sur ses habitudes, ses besoins, ses rythmes.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les animateurs disposent 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 les animateurs à administrer les médicaments cités ci-dessous et ce, à bon escient : du paracétamol (anti fièvre, anti douleur), de la crème à l'arnica (pour bosse et bleu), de la crème After Pick (piqûre, coup de soleil), du Cédium (désinfectant). Si votre enfant est allergique à un médicament cité, n'oubliez pas de le mentionner dans la question «allergies» ainsi que de fournir une autorisation médicale avec le médicament alternatif.

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.

**Biffez la mention inutile: j'autorise / Je n'autorise pas Ocarina à prendre des photos de mon enfant**

*Voir droit à l'image - conditions générales. En cas de non-autorisation, je m'engage à fournir une photo de mon enfant afin de permettre à Ocarina de l'identifier.*



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

**Signature :**

**Date :** ..... / ..... / .....

*Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant, du participant 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.