



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 :** / /
- **Poids :** **Taille :** **Pointure :**
- **Sexe biologique (pour raison médicale) :** ☐ F ☐ M ☐ Autre - veuillez préciser :
- **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

- Votre enfant a-t-il un handicap physique ou mental ? ☐ Oui ☐ Non
- Quel est le diagnostic précis de votre enfant ?

- 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 :
☐ Entirement seul
☐ Avec un suivi partiel
☐ Avec l'aide de quelqu'un
- Votre enfant s'habille :
☐ Entirement seul
☐ Avec un suivi partiel
☐ Avec l'aide de quelqu'un
- Porte-t-il des linges ?
☐ Jamais
☐ La nuit
☐ Pendant la sieste
☐ Toute la journée
- 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 :
.....
.....
- Remarques :
.....
.....
.....

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), 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.

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.

DITES-NOUS EN PLUS SUR VOTRE ENFANT...

- Décrivez-nous ici le comportement de votre enfant, ce qui l'effraie, l'apaise, comment le rassurer, son comportement en groupe, ce qui lui fait plaisir et ce qu'il déteste faire, ... Ou toute autre chose qui nous permettra de l'accueillir au mieux...

[illegible]