



Aide-nous à te connaître!



Tu as choisi de t'investir au sein d'Ocarina. Durant tes animations, nous souhaitons pouvoir t'offrir un accueil adapté et 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. Merci de nous tenir informés de l'évolution de ton état de santé entre ton inscription et ton animation.

PARTICIPANT	
• Nom:	Prénom :
Sexe biologique (pour raison médicale) :	F M Autre-veuillez préciser:
Lieu de séjour/plaine/formation:	
Durant l'été, pour la participation à plusieurs plaines ou s	Au
Numéro National:	
	rina dans le cadre du règlement général sur la protection des données. Nous avons toutefois besoin de récolter ton 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:
	la abaf da familla n ^l aat naa isiánabla)
• Personne à contacter en cas d'urgence (si	le chei de familie nest pas joignable)
_	
1. Nom:	
1. Nom:	Téléphone : Lien de parenté :
2. Nom du médecin traitant: SANTÉ Y a-t-il des données médicales spécifiques im asthme, diabète, mal des transports, migrain peau)?	Téléphone : Lien de parenté :
2. Nom du médecin traitant: Y a-t-il des données médicales spécifiques im asthme, diabète, mal des transports, migrain peau? Indique la fréquence, la gravité et les action	Lien de parenté: Localité: Téléphone: Tocalité: Téléphone: Tocalité: To
2. Nom du médecin traitant: SANTÉ Y a-t-il des données médicales spécifiques im asthme, diabète, mal des transports, migrain peau)? Indique la fréquence, la gravité et les action	Lien de parenté: Localité: Téléphone: Tocalité: Téléphone: Tocalité: To
2. Nom du médecin traitant: Y a-t-il des données médicales spécifiques im asthme, diabète, mal des transports, migrain peau]? Indique la fréquence, la gravité et les action	Lien de parenté: Localité: Téléphone: Tocalité: Téléphone: Tocalité: To

Nom:
SANTÉ
 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 Si oui, le[s]quel[s] ?
Quels sont les conséquences et traitements ?
 Devras-tu prendre des médicaments durant le séjour/la plaine/la formation? □ Oui □ Non Si oui (attestation médicale indispensable), le(s)quel(s), quand, pourquoi, quantité et durée?
ullet Es-tu autonome dans la prise de ses médicaments ? $igsquare$ Oui $igsquare$ 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 ?
● Es-tu porteur/se d'un handicap ? □ Oui □ Non Si oui, lequel ?
• As-tu des précisions ou d'autres renseignements utiles à transmettre au coordinateur de l'activité:
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 à l'activité. En cas de traitement médical en cours, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du séjour/de la plaine/de la formation. Attestation médicale indispensable.
LIEU DE VIE
Où vis-tu habituellement ? ☐ Famille ☐ garde alternée ☐ institution ☐ grands-parents ☐ autre
Tupo d'angojónoment quivi.
Type d'enseignement suivi : Année scolaire :
Année scolaire :
Année scolaire : • Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours ?
Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours ? LOISIRS
Année scolaire : • Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours ? • Ya-t-il des activités que tu ne peux pas pratiquer (sport, jeux, natation,)? □ Oui □ Non Si oui, lesquelles ?
Année scolaire: • Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours? • Ya-t-il des activités que tu ne peux pas pratiquer (sport, jeux, natation,)? □ Oui □ Non Si oui, lesquelles? Raison d'une éventuelle non-participation:
Année scolaire: • Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours? • Y a-t-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
Année scolaire: • Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours? • Y a-t-il des activités que tu ne peux pas pratiquer (sport, jeux, natation,]? □ Qui □ 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?
Année scolaire: • Quelle langue parles-tu dans la vie de tous les jours? • Y a-t-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 = 1longueur) □ Difficilement □ Pas du tout • Dans le cadre des activités: ski, etc. Peux-tu donner: Ta pointure?

•	om: Prénom :
A remplir par le chet de fan	nille, si tu as moins de 18 ans
es animateurs à administrer les médica l'arnica (pour bosse et bleu), de la crème	ers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée d'un médecin, j'autorise aments cités ci-dessous et ce, à bon escient : du paracétamol (anti fièvre, anti douleur), de la crème e After Pick (piqûre, coup de soleil), du Cédium (désinfectant). Si votre enfant est allergique à un tionner dans la question «allergies» ainsi que de fournir une autorisation médicale avec le médicament
laine de mon enfant par le responsable	ur que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour/ e du centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local es et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention
nedical service may take any required m	anger: I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the holiday centre or its easure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take order to ensure the health of my child, even in case of surgery.
ans le cas où la situation, non urgente, onduire l'enfant chez le médecin ou à l'	ne nécessite pas le transport en ambulance, j'autorise le responsable du séjour à conduire ou à faire hôpital avec un véhicule privé.
ans cette « Fiche Santé » sont réputées on inscription et le départ en activité e	l'inscription de la personne précitée aux conditions prescrites. Les informations que j'ai fournies exactes et complètes. Je m'engage à signaler tout changement de l'état de santé de l'enfant entre t à transmettre une nouvelle Fiche Santé à Ocarina asbl pour confirmer ces changements. J'assume ations erronées, incomplètes ou non transmises et j'ai pris connaissance du fait que l'asbl Ocarina, et
es organisateurs déclinent toute respo	nsabilité en cas de non transmission ou mise à jour des données reprises dans la présente fiche.
	nsabilité en cas de non transmission ou mise à jour des données reprises dans la présente fiche. Fonction: (parent, tuteur légal, participant)
lom du signataire :ignature : ignature : es informations seront utilisées pour le suivi journa	Date:
lom du signataire :ignature : ignature : es informations seront utilisées pour le suivi journaries prestataires de santé consultés. Conformén	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a	Date:
lom du signataire : ignature : es informations seront utilisées pour le suivi journ. ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl : n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journe ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soc	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journ. ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl : n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journ. ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soc	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journ. ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl : n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journe ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soc	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journ, ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si à carina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: les informations seront utilisées pour le suivi journ. ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl : n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journe ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: les informations seront utilisées pour le suivi journ. ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl : n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journe ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si a carina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journ, ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si à l'arina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:
ignature: es informations seront utilisées pour le suivi journ, ar les prestataires de santé consultés. Conformén eront détruites un an après la dernière activité si à l'arina asbl: n° d'entreprise 0411.971.074. Siège soci	Date:

FICHE SANTÉ **ANIMATEUR**