

- **A remplir par** les parents ou le médecin traitant
- **A signer par** les parents qui la renvoient au responsable du groupe
- **A conserver** dans le dossier du groupe et **à emporter** à chaque activité
- **A montrer** au médecin ou à l'hôpital dès que c'est nécessaire
- **A actualiser** au début de chaque année guide et **avant le camp**
- **Pour en savoir plus** : Sac à doc Administration
  4. Formulaire à faire remplir par les parents

## FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE - Confidentiel

### Un petit mot pour vous, parents...

Ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donner ces renseignements afin que votre enfant retire le maximum de plaisir de sa participation à nos activités et à son camp.

### Un petit mot pour toi animateur...

Présente cette fiche au médecin consulté lors du camp, du hike... Il peut ainsi prendre connaissance de certains antécédents et éventuellement contacter soit les parents soit le médecin traitant de l'enfant. Il peut ainsi indiquer (au verso de ce formulaire) son avis et les prescriptions à suivre. **Dans ce cas, cette fiche sera remise aux parents à la fin du camp** pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates.

#### Identité de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

#### Médecin traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....

#### Où joindre les parents ?

**Personne 1** (Nom : .....):

Période du ..... au .....

et du ..... au .....

Tél. : .....

GSM : .....

Tél. bureau : .....

E-mail : .....

Remarque(s) : .....

**Personne 2** (Nom : .....):

Période du ..... au .....

et du ..... au .....

Tél. : .....

GSM : .....

Tél. bureau : .....

E-mail : .....

Remarque(s) : .....

Groupe sanguin : ..... Poids de l'enfant : .....

Date du dernier examen scolaire : ...../...../.....

Y avait-il des remarques concernant sa participation à des centres de vacances ? OUI – NON

Lesquelles : .....

#### L'enfant est-il atteint de :

Diabète OUI – NON Handicap moteur OUI – NON

Asthme OUI – NON Affection cardiaque OUI – NON

Epilepsie OUI – NON Affection cutanée OUI – NON

Somnambulisme OUI – NON Rhumatisme OUI – NON

Handicap mental OUI – NON Autre(s) : .....

#### Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies :

..... Année : .....

..... Année : .....

..... Année : .....

A-t-il reçu du **sérum antitétanique** ? OUI – NON

En quelle année ? .....

A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? OUI – NON

En quelle année ? ..... Date du dernier rappel : ...../...../.....

Date du dernier **test à la tuberculine** : .....

Résultat du test tuberculine :  Positif -  Négatif

Votre enfant **se lave-t-il tout seul** ? OUI – NON

Est-il sensible aux **refroidissements** ? OUI – NON

Est-il **vite fatigué** ? OUI – NON

Est-il **incontinent** ? OUI – NON

L'enfant sait-il nager ? OUI – NON

Peut-il **participer** sans inconvénients **aux baignades** ? OUI – NON

Est-il **allergique** à des **médicaments** ? OUI – NON

Lesquels ? .....

Est-il **allergique** à certaines **matières ou aliments** ? OUI – NON

Lesquels ? .....

**Votre enfant doit-il prendre des médicaments** ? OUI – NON

Lesquels ? quand ? en quelle quantité ? : .....

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? A-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation ?**

**Votre fille est-elle réglée ?** OUI – NON

**Y a-t-il des observations à ce sujet ?**

.....

.....

**Remarque importante pour les parents**

Les animateurs disposent d'une trousse de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.

**Liste de médicaments se trouvant dans la trousse de premiers de nos animateurs** : Paracétamol (douleur – température), Isobétadine dermique® ou Cédium® (antiseptique), Arnica® (coups, entorses, Flamigel® (pour les brûlures légères), Euceta® (piqûres d'insectes), Carobel Simplex® ou Barexal® (contre la diarrhée), des pastilles pour les maux de gorges, Buscopan® (UNIQUEMENT pour les règles douloureuses).

Je soussigné, marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris ci-dessus.

Remarques : .....

.....

Nom, prénom de la personne qui a rempli ce formulaire : .....

**Date et Signature :**

**A remplir par le(s) médecin(s) qui est(sont) intervenu(s) pendant le camp, le hike...**

Nom(s) et téléphone(s) du(des) médecin(s) consulté(s) lors du camp, du hike... : .....

.....

.....

Soins prodigués : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis et prescriptions à suivre : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature du(des) médecin(s) : .....

.....

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.

**Ne pas coller complètement**

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.

**Ne pas coller complètement**

