

**Fiche santé individuelle**

Cette fiche a pour objectif d’être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de nécessité. Elle doit être complétée avec précision par vous-même et/ou par votre médecin.

Il est très important pour nous de disposer de ces renseignements afin de réagir efficacement en cas d'accident.

Ces renseignements doivent être complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.

N’hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des responsables de groupe si cela vous semble utile.

**Identité du participant**

Nom : ................................................................................ Prénom : ...........................................................................

Né(e) le …………………………………... Numéro de registre national : …………………………………………………

Adresse : rue ......................................................................... ............. ............. ............. ............. n° ................ bte .............

Localité : ............................................................................. CP : ........................ tél. / GSM : .................................

Pays : .............................................. Email : ................................................................................................................

# Personnes à contacter en cas d’urgence :

|  |  |
| --- | --- |
|  NOM et Prénom :  Lien de parenté :  Tél. / GSM :  Email :  Remarque(s) : | NOM et Prénom : Lien de parenté :  Tél. / GSM :  Email :  Remarque(s) : |

**RC familiale ( NOM de la compagnie) : …………………………………………………………………………………………..**

**Numéro de police/contrat :………………………………………………………………………………………………………….**

**Coordonnées/contacts de la Compagnie :………………………………………………………………………………………….**

**Coordonnées du médecin traitant**

Nom et prénom : ........................................................................................................................................................

Adresse : ...................................................................................................................................................................

Tél. / GSM : ................................................................................................................................................................

Adresse email : .................................................................................................................................................

# Informations confidentielles concernant la santé du participant

**Taille** : …………………**Poids** : ……………………**Groupe sanguin**: …………………

Es-tu en ordre de **vaccination contre le tétanos** ? □ NON □ OUI

Date du dernier rappel : .............................................................................................................................................

Es-tu **allergique** à certaines substances/matière **?** □ OUI □ NON

Aliments ? □ OUI □ NON

ou médicaments ? □ OUI □ NON

Si oui, lesquels ? .......................................................................................................................................................

Quelles en sont les symptômes/ conséquences ?....................................................................................................................................

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

En cas de crise que faut-il faire ? ........................................................................................

As-tu un **régime alimentaire particulier** ? Si oui, lequel ? ........................................................................................

Souffre tu (de manière permanente ou régulière) de :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ diabète | □ mal des transports | □ affection cardiaque | □ handicap mental |
| □ asthme | □ rhumatisme | □ affection cutanée (coups de soleil, exéma…) | □ handicap moteur |
| □ épilepsie | □ énurésie nocturne | □ somnambulisme | □ maux de tête / migraines |
| □ saignement de nez | □ constipation/diarrhées | □ vomissements | □ maux de ventre |

Si tu as coché une ou plusieurs cases, merci d’indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir (traitements ?) :

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

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

Quelles sont les autres **maladies importantes ou les interventions chirurgicales** qu’a dû subir le participant ? (appendicite, rougeole…) + années respectives

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

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

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants pour le bon déroulement des activités / du séjour (problèmes de sommeil, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…) :

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

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

Peux-tu prendre part aux **activités** proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade…) □ OUI □ NON

Si NON pour quelles raisons ?............................................................................................................................................

Sais-tu **nager** ? (Entourer) Très bien Bien Moyennement bien Difficilement Pas du tout

As-tu des **peurs/phobies** ( animaux, insectes…) ? .........................................................................................

Es-tu vite **fatigué** ? .............................................................................................................

Es-tu sensible aux **refroidissements/chaleur** ? .....................................................................................................

Es-tu réglé.e ? □ OUI □ NON

Prend-tu un moyen de contraception ? □ OUI □ NON

Si oui, lequel ? ................................................................................................................................

Es-tu enceinte ou envisage-tu une grossesse prochainement ? □ OUI □ NON

Dois-tu **prendre des médicaments quotidiennement** ? □ NON □ OUI

Si oui, lesquels ? .......................................................................................................................................................

Préciser le dosage et les quantités : ..........................................................................................................................

Quand ? .....................................................................................................................................................................

Es-tu autonome dans la prise de ces médicaments ? □ NON □ OUI

Consommes-tu **régulièrement de l’alcool ou de la drogue**? □ NON □ OUI

*Rem : Une pharmacie de groupe sera disponible.*

*Chaque participant.e emportera une pharmacie personnelle s’il.elle le souhaite et informera son accompagnateur si il.elle consomme un de ces médicaments. Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants.*

**Si le participant fait partie d’un groupe à risques du covid-19 :**

* Celui-ci a reçu un avis favorable de son médecin traitant quant à sa participation aux activités.
* Les coordonnées complètes du médecin traitant ont été renseignées dans sa fiche santé.

Fait à ....................................................Le …../………/ 2023

Signature du responsable légal :

*Les informations reprises dans cette fiche médicale sont confidentielles. Elles ne seront transmises qu’aux organisateurs du séjour et nous les conserverons un an si aucun dossier particulier n’a été ouvert.*

*Si le nécessaire a été mis en place, L’ASBL La Chaloupe ne pourra en aucun cas être tenue responsable de problèmes médicaux pouvant survenir au participant au cours d’un séjour. L’association s’engage à prendre en charge les frais liés à la consultation médicale durant le séjour. Une demande de remboursement au retour du séjour pourra être faite au participant, en cas de non couverture par l’assurance de l’association.*