



FICHE SANTE

CAMPS ADOS ET JEUNES

A compléter par les parents. Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment du camp.

IDENTITE DU CAMPEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom du chef de famille : _____

Rue, n°: _____

CP, Ville : _____

Tel. Privé : _____

GSM : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE PENDANT LE CAMP

1. Nom : _____ Tél. : _____

Lien de parenté : _____

2. Nom : _____ Tél. : _____

Lien de parenté : _____

3. Nom : _____ Tél. : _____

Lien de parenté : _____

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin : _____

Rue, n°: _____

CP, Ville : _____

Tel. / GSM : _____

LOISIRS

Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer

Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui non

Sait-il/elle nager ? TB Moyen Difficilement Pas du tout

SANTE

Etat de santé actuel du campeur : TB B Moyen

Groupe sanguin : _____

Quel est son poids : _____

Quelle est sa taille : _____

A t'il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui non

Date du dernier rappel : _____

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention majeure ? oui non

Si oui, quand et laquelle ? _____

Le campeur souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Affection de la peau | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux de ventre | <input type="checkbox"/> Mal de route |
| <input type="checkbox"/> Maladie contagieuse | <input type="checkbox"/> Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Coups de soleil | <input type="checkbox"/> |

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

Est-il/elle allergique ?

A certains produits alimentaires ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

A certains médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

A d'autres choses ? oui non

Si oui, quoi ? _____

Est-t-il/elle atteint(e) d'un handicap ? oui non

Si oui, lequel ? _____

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui non

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ? _____

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation au camp ?

Les informations fournies dans cette «Fiche santé» sont exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du camp à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...) et suivant l'avis du médecin. Je confie mon enfant durant la période indiquée ainsi que durant les transports.

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction (parent, tuteur, ...) : _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Veillez joindre à ce document 2 vignettes mutuelle (ou la carte européenne d'assurance maladie). La carte d'identité du campeur devra être présentée à l'accueil du camp.

Les informations contenues dans la « Fiche santé » sont confidentielles. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Ces données seront détruites après le camp si aucun dossier n'est ouvert.