- À photocopier/À télécharger et à transmettre à chaque parent d'Animé et d'Animateur.
- A remplir par les parents (ou un médecin) qui la donnent au Responsable du Groupe.
- À conserver dans le dossier du Groupe et à emporter lors de chaque activité Guide.
- A montrer au médecin ou à l'hôpital dès que c'est nécessaire.
- A remplir au début de chaque année Guide et à réactualiser avant le camp si nécessaire.

FICHE SANTÉ - Confidentiel

Note préalable: les informations ci-dessous seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les Animateurs 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 le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

Adresse complète :				: Date de nais. :	
Médecin traitant : I	Nom :			: Tél. :	
			rents ou le tuteur o	ou le responsable légal ?	
Name	Personi			Personne 2	
Nom:				a narouté :	
Lien de parenté :				e parenté : de duauau	
Période du au au				auau	
	au			au	
GSM : E-mail :				:	
				rque(s) :	
		Personne à joind	re en cas d'absence	de ces deux personnes	
Nom :		Lien de paren	té :	Tél. :	
GSM :		E-mail :			
Groupe sanguin:	Poids d	le l'enfant :	. Date du dernier ex	camen médical scolaire :///	
Lesquels et pourquo	oi ?			jeux) ? OUI — NON	
L'enfant sait-il nage	r?OUI — NON	Peut-il pa	rticiper sans inconve	énients aux baignades ? OUI — NON	
L'enfant est-il en sit	tuation de :				
Diabète	OUI — NON	Mal des transports	OUI — NON	Handicap mental OUI — NON*	
Asthme	OUI — NON	Affection cardiaque		Handicap moteur OUI — NON*	
Épilepsie Somnambulisme	OUI — NON OUI — NON	Affection cutanée Rhumatisme	OUI — NON OUI — NON	Autre(s):	
Maladie(s) antérieu	ıre(s) de l'enfant et/	ou opérations subies :		Année :	
				Année :	
A-t-il été vacciné co		OUI — NON	En quelle année ? Dernier rappel le :/		
/otre enfant se lave Est-il vite fatigué ?	e-t-il tout seul ?	OUI — NON OUI — NON	Est-il sensible aux r Est-il incontinent?	refroidissements ? OUI — NON ? OUI — NON	
Est-il allergique à l'i	iode ? OUI — NON				
Est-il allergique à de	es médicaments ? O	UI — NON Lesquels ? .			
otre enfant doit-il	prendre des médica	ments ? OUI — NON L	esquels ? Quand ? E	n quelle quantité ? :	



Vo	Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? Y a-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation ?					
	Si c'est une fille, est-elle réglée ? OUI — NON Y a-t-il des observations à ce sujet ?					
pro	Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler au problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, etc.):					
au de	<u>Pour toi, Animateur</u> : fais remplir cette fiche et prends le temps de discuter avec les p autre réunion Guide Il peut ainsi prendre connaissance de certains antécédents et év de l'enfant. Il peut ainsi indiquer sur ce formulaire son avis et les prescriptions à suivre. I pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates. Les autres fiches seront détru	entuellement contacter soit les parents soit le médecin traitant Dans ce cas, cette fiche sera remise aux parents à la fin du camp				
ce: Le: ad	<u>Informations importantes pour les parents</u> : ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donné ces renseignements afin que votre enfant retire le maximum de plaisir de sa participation à nos activités et à son camp. 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 peuver administrer les médicaments* cités ci-dessous, et ce, à bon escient. Nous vous rappelons qu'il est nécessaire de tenir informés les Animateurs s'il y avait une évolution d'ordre médical entre le moment où vous aver rempli cette fiche et les activités.					
	*du Paracétamol ; de la crème à l'arnica ; de la crème ou un spray anti-piqure d'inse soigner les brulures.	cte ; antiseptique pour le soin des plaies ; gel cicatrisant pour				
Re	« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés néce Responsable du camp (ou du Responsable du Groupe lors de toute autre activité) ou par prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de	le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à				
ad	« I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the camp or its med adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent child, in case of surgery. »					
Da	Date et signature du parent ou responsable légal de l'enfant :					
No	Nom, prénom, date et signature de la personne qui a rempli ce formulaire :					
	À remplir par le(s) médecin(s) qui est(sont) intervenu(s) pendant le camp, le hike, etc.				
	Nom(s) et téléphone(s) du (des) médecin(s) consulté(s) lors du camp, du hike, etc. :					
So	Soins prodigués :					
Av	Avis et prescriptions à suivre :					
Da	Date et signature du(des) médecin(s) :					
	Emplacement pour une vignette de la mutuelle.	Emplacement pour une vignette de la mutuelle.				
	Ne pas coller complètement	Ne pas coller complètement				



Pour les personnes en situation de handicap Pour les personnes en situation de problème comportemental

Pourriez-vous expliq	•	dicap de votre enfant ?
0		fort a Monthly and a constant and a constant and a
		fant qu'il est important que nous sachions ?
Doit-on être vigilant	par rapport à certaines choses ?	
En ce qui concerne l	<u>la motricité</u>	
Peut-il se déplacer	seul ?	OUI — NON
	avec une tribune ou un déambulateu	
	en prenant des points d'appui? en voiturette?	OUI — NON OUI — NON
	en voituiette :	OUI — NON
	e l'équilibre (chutes fréquentes), des di	
Quelle durée ou que	elle distance peut-il parcourir lors d'une	promenade ? Durée : Distance :
A-t-il tendance à fug	uer OUI — NON ; faut-il le tenir par la r	main en promenade ? OUI — NON
V a till das chasas na	articuliàres auxquelles porter attention	?
	articulieres auxquelles porter attention	:
En ce qui concerne l	a communication	
	d'expression ? OUI — NON	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	es pictogrammes, les yeux, des signes de tête, des rires, des vocalises ?
	e particulier ? OUI — NON	
•		
A-t-il des difficultés (Exprime-t-il ses envi		— NON — NON
Sait-il lire, écrire ?		- NON



En ce qui concerne l'alimentation

Mange-t-il seul ? OUI — NON	
Faut-il couper la nourriture, la mixer ? OUI — NON	
Comment boit-il ? (Entourez ce qui convient) : tout seul - accompagné - au verre - à la paille - avec un gobelet adapté	
Quels sont ses plats préférés ?	
Quels sont ses pluts preferes :	
Y a-t-il des aliments qu'il ne supporte pas ?	
	••••
V a + il des risques de fausse déglutition à Faut il énaissir les liquides à	
Y a-t-il des risques de fausse déglutition ? Faut-il épaissir les liquides ?	
En ce qui concerne ses gouts, ses préférences	
Quels sont les jeux, les activités qu'il aime ?	
	••••
Quels sont les jeux, les activités qu'il n'aime pas ?	
Quelles sont les choses qu'il réussit bien, qu'il apprécie ?	
	••••
En ce qui concerne l'hygiène et la toilette	
Sait-il aller seul aux toilettes ? OUI — NON	
Souffre-t-il d'énurésie (pipi au lit) ? OUI — NON	
Doit-il disposer de toilettes adaptées ? OUI — NON	
Porte-t-il des langes la nuit/le jour ? OUI — NON	
Sait-il se laver seul ? OUI — NON	
For an and announce Whole Warrant	
En ce qui concerne l'habillement	
Sait-il s'habiller tout seul ? OUI — NON	
Sait-il choisir des vêtements adaptés aux conditions climatiques ? OUI — NON	
Sait-il reconnaitre ses vêtements ? OUI — NON	
En ce qui concerne le sommeil	
Risque-t-il de tomber du lit ? OUI – NON	
A-t-il besoin d'aide pour sortir du lit ? OUI – NON Peut-il dormir sous tente ? OUI – NON	
Peut-il dormir sous tente ? OUI – NON A-t-il besoin de dormir dans une tente spéciale ? OUI – NON	
Sait-il utiliser un sac de couchage ? OUI – NON	
A-t-il besoin d'une source de lumière pour dormir ? OUI – NON	
Est-il somnambule ? OUI – NON	
De combien d'heures de sommeil a-t-il besoin ?	
En ce qui concerne le comportement	
Sait-il respecter des consignes ? OUI — NON	
Lorsqu'il est en groupe, il faut faire attention à :	
	••••
A-t-il des comportements qui peuvent être difficiles à supporter pour son entourage ? OUI — NON	
Si oui, lesquels :	
Dans cette situation, il est préférable de :	
Ect co qu'il a des fravours des nours dans un cortain contoute 2 OUI - NON	
Est-ce qu'il a des frayeurs, des peurs dans un certain contexte ? OUI — NON Si oui, lesquels :	
oi ou, iesqueis .	



Qu'est-ce qui le calme, l'apaise ?				
A-t-il des rituels ? OUI – NON Si oui, lesquels :				
Présente-t-il des difficultés pour maintenir son attention pendant une ac Combien de temps en moyenne peut-il maintenir son attention ?	ctivité ? OUI - NON			
En ce qui concerne l'aspect médical				

