

FICHE SANTÉ

PATRO SAINT-JEAN BERCHMANS • FOREST

Une fiche complète pour mieux accompagner chaque enfant

À remplir par le parent ou le tuteur avant le séjour / camp. Merci d'indiquer toute information utile permettant au staff de réagir de manière adaptée en cas de maladie, accident ou incident.

01 IDENTITÉ DU PARTICIPANT

Nom et prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Téléphone :
Section / groupe :	Personne responsable :

02 CONTACTS EN CAS D'URGENCE

CONTACT 1 — Nom & prénom :	Lien de parenté :
Téléphone :	Disponible pendant le séjour : ☐ Oui ☐ Non
CONTACT 2 — Nom & prénom :	Lien de parenté :
Téléphone :	Disponible pendant le séjour : ☐ Oui ☐ Non
CONTACT 3 — Nom & prénom :	Lien de parenté :
Téléphone :	Autre moyen de contact :

03 MÉDECIN & PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

Médecin de famille :	Téléphone :
Le participant peut-il participer aux activités proposées ? ☐ Oui, sans restriction ☐ Avec restrictions ☐ Non	Si restrictions, lesquelles ?
Tétanos à jour ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	Poids (si pertinent pour les soins) : _____ kg

04 DONNÉES MÉDICALES IMPORTANTES

Merci d'indiquer les problèmes de santé ou informations médicales que le staff doit connaître (par exemple : asthme, épilepsie, diabète, problèmes cardiaques, mal des transports, affections cutanées, handicap moteur ou mental, etc.).

FRÉQUENCE • GRAVITÉ • SIGNES À SURVEILLER • ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

05 ALLERGIES & INTOLÉRANCES

Allergies alimentaires :

☐ Non ☐ Oui

Préciser :

Allergies aux médicaments :

☐ Non ☐ Oui

Préciser :

Autres allergies :

☐ Non ☐ Oui

Préciser :

Intolérances :

☐ Non ☐ Oui

Préciser :

CONSÉQUENCES / RÉACTION HABITUELLE

QUE DOIT FAIRE LE STAFF EN CAS DE RÉACTION ?

06 ALIMENTATION

Régime alimentaire particulier ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, lequel ?

Aliments à éviter :

Autres précautions pour les repas :

07 MÉDICAMENTS

Si un médicament doit être pris pendant le séjour, merci de préciser clairement les consignes.
Les médicaments ne peuvent pas être partagés entre participants.

MÉDICAMENT 1 — Nom :	Dosage / quantité :
Quand le prendre ?	Durée / fréquence :
Pourquoi ?	Conservation particulière :
MÉDICAMENT 2 — Nom :	Dosage / quantité :
Quand le prendre ?	Durée / fréquence :
Pourquoi ?	Conservation particulière :

Le participant est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide

CONSIGNES PARTICULIÈRES POUR LE STAFF

--

08 AUTONOMIE, ACTIVITÉS & VIE EN GROUPE

Natation : ☐ Non ☐ Oui, un peu ☐ Oui	Activités sportives : ☐ Sans restriction ☐ Avec restriction
Mal des transports : ☐ Non ☐ Oui	Sommeil : ☐ Aucun souci ☐ Particularité
Lunettes : ☐ Non ☐ Oui	Appareil auditif : ☐ Non ☐ Oui
Autonomie particulière à prévoir :	Autre besoin / accompagnement :

09 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Maladies, accidents, opérations ou interventions médicales importantes. Merci d'indiquer l'année si possible.

--

10 AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

Tout renseignement que vous jugez utile : insomnie, énurésie, difficultés particulières, port de lunettes ou d'appareil auditif, habitudes utiles au bien-être de l'enfant, etc.

11 EN CAS DE PROBLÈME

SIGNES PARTICULIERS À RECONNAÎTRE RAPIDEMENT

QUE SOUHAITEZ-VOUS QUE LE STAFF FASSE EN PRIORITÉ ?

12 AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable du séjour ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale.

13 PROTECTION DES DONNÉES

Les informations de cette fiche seront utilisées pour le suivi de votre enfant durant les activités ou le séjour et sont réservées à une utilisation interne par l'équipe de cadres et, le cas échéant, par les prestataires de santé consultés. Conformément à la législation applicable au traitement des données personnelles, vous pouvez demander à consulter ou modifier ces informations. Les données sont conservées uniquement pendant la durée nécessaire à leur utilisation.

Nom du parent / tuteur :

Date :

Signature :

Téléphone en cas d'urgence :

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !

Une fiche complète nous aide à mieux accompagner chaque enfant. N'hésitez pas à nous signaler toute information importante.