

Fiche de santé individuelle

A compléter par les parents au début de chaque année scout et avant le camp.

Dippecher Dachsen • 19, rue des Écoles L-4994 Schouweiler
info@dachsen.lu



Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les responsables scouts 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 des activités concernées.

Identité du participant

Prénom : _____ Nom : _____

Né(e) le /Matricule : _____

No, Rue : _____

Code postal : _____ Localité : _____

E-mail : _____ tél. / GSM : _____

Représentant(s) légal/légaux :

1. Nom, Adresse : _____

Lien de parenté : _____

E-mail : Tél. / GSM : _____

2. Nom, Adresse : _____

Lien de parenté : _____

E-mail : Tél. / GSM : _____

Médecin(s) traitant(s)

1. Nom, Adresse : _____

E-mail : Tél. / GSM : _____

2. Nom, Adresse : _____

E-mail : Tél. / GSM : _____

Informations confidentielles concernant la santé du participant

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...) OUI / NON

Raisons d'une éventuelle non-participation : _____

Y a-t-il des **données médicales spécifiques importantes** à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du camp ?
(ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

Quelles sont les **maladies** ou les **interventions médicales** qu'a dû subir le participant ? (+ années respectives) (rougeole, appendicite, ...) : _____





Le participant est-il en ordre de vaccination contre le **tétanos** ? OUI / NON Date du dernier rappel : _____

Le participant est-il **allergique** à certaines substances, aliments ou médicaments ? OUI / NON

Si oui, lesquels ? _____

Quelles en sont les conséquences ? _____

A-t-il un **régime alimentaire** particulier ? OUI / NON Si oui, lequel ? _____

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...) : _____

Le participant doit-il prendre des **médicaments** ? OUI / NON

Nom du médicament	En quelle quantité?	Quand?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI / NON

(Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Important :

- a) Les animateurs disposent d'une boîte 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 : Paracetamol, Reparil®, désinfectant (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®.
- b) J'autorise le médecin à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.
- c) 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.
- d) Le Participant ou en cas de minorité d'âge son représentant légal, donne par la signature de la présente fiche son consentement à ce que la FNEL utilise les données personnelles y reprises en cas de nécessité et pourra les transmettre au personnel soignant.
- e) Je m'engage à fournir une nouvelle fiche de santé individuelle dès que la situation de santé du membre l'exige.

Merci de joindre

- Une photocopie recto/verso de la Carte d'identification de la Sécurité sociale / Carte européenne d'assurance maladie
- Une photocopie de la carte de vaccination

Nom, prénom du représentant légal : _____

Date : _____

Signature : _____