Fiche santé individuelle

À compléter par les parents, représentant légal ou membre majeur au début de chaque année scoute, avant le camp, la formation et le début des activités scoutes.

Insérez ici une vignette de mutuelle
Insérez ici une vignette de mutuelle

Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant/de vous-même 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 des activités concernées.
N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.

Identité du participant

Nom : .....
Prénom : .....
Né-e le : .....
Numéro de registre national : .....
Adresse : rue ..... n° ..... bte .....
Localité : ..... CP : .....
Pays : .....
Tél. / GSM : .....
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) :

Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom :
.....
Adresse :
.....
.....
Tél. / GSM : .....

Informations confidentielles concernant la santé du participant

Taille : ..... Poids ..... :
.....
Le participant peut-il prendre part aux **activités** proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade...) ?
☐ OUI ☑ NON

Le participant sait-il **nager** ?
☐ Très bien ☐ Bien ☐ Moyennement bien ☐ Difficilement ☐ Pas du tout

Les Scouts ASBL
21, Rue de Dublin
1050 Bruxelles
www.lesscouts.be

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

☐ diabète	☐ mal des transports	☐ affection cardiaque	☐ handicap mental
☐ asthme	☑ rhumatisme	☐ affection cutanée	☐ handicap moteur
☐ épilepsie	☐ énurésie nocturne	☑ somnambulisme	☐ maux de tête / migraines

Si vous avez 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 :

.....

.....

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 camp (problèmes de sommeil, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…) :

.....

.....

Le participant est-il en ordre de **vaccination contre le tétanos** ? ☑ NON ☐ OUI
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** ? Si oui, lequel ? .....

.....

Le participant doit-il **prendre des médicaments** ? ☑ NON ☐ OUI
Si oui, lesquels ?

.....

Préciser le dosage, la fréquence, l'indication, le mode d'administration et la durée du traitement :

.....

.....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? ☑ OUI ☐ NON
(Rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants.)

Les médicaments apportés doivent être accompagnés d'une prescription médicale. Idéalement, ils seront préparés dans un semainier avec le nom le jour et l'heure. Les instructions précises d'administration accompagneront les médicaments. En cas d'absence de prescription médicale, une autorisation parentale pour l'administration de ces médicaments doit être fournie. Un modèle est disponible sur lesscouts.be.

Remarques

Les animateurs disposent d'une boite de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique (de type Chlorhexidine), pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).

Par ailleurs, les données relatives au handicap peuvent être communiquées à l'ONE pour l'octroi de subsides dans ce cadre, sur base des dispositions légales applicables. Ces données ne sont pas communiquées pour d'autres finalités.

« *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 de centre de vacances 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 l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement. À cette fin, j'autorise les animateurs à prendre la carte d'identité et/ou la carte ISI+ de mon enfant afin de permettre son identification en cas de nécessités médicales, telle qu'une consultation chez un médecin ou une prescription à la pharmacie.*

Date et signature des parents **Date et signature de l'enfant (à partir de 13 ans)**

Le traitement des données médicales est effectué dans le cadre de nos activités légitimes et moyennant les garanties appropriées, conformément à l'article 9 §2 du Règlement général relatif à la protection des données. Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la législation relative à la protection de la vie privée ainsi qu'au devoir de discrétion prévu dans la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites au plus tard un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

Les informations relatives à nos traitements et à vos droits en qualité de personnes concernées sont disponibles dans notre charte de protection des données personnelles (disponible sur lesscouts.be/vieprivee).