Fiche Santé
FEDERATION NATIONALE DES PATROS

Collez ici **partiellement** deux vignettes de mutuelle de votre enfant, elles faciliteront grandement les démarches administratives en cas de besoin.

DONNÉES DU PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____ Adresse _____

_____ N°_____ Code Postal : _____ Ville : _____

Patro : _____ Régionale : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1ère Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone(s) : _____

2ème Nom :_____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone(s) : _____

Nom du Médecin traitant :_____ Téléphone(s) : _____

LOISIRS

Des activités ou sports qu'il/elle ne peut **pas** pratiquer ? Pour quelle(s) raison(s) ? _____

_____

_____

Sait-il/elle nager ? **TRÈS BIEN - BIEN - MOYEN - DIFFICILEMENT - PAS DU TOUT** (1)

SOMMEIL & REPAS

A-t-il/elle une habitude particulière avant le coucher ou pendant la nuit ? _____

_____

Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? **OUI / NON** (1)

Souffre-t-il/elle de somnambulisme ? **OUI / NON** (1) Souffre-t-il/elle d'insomnie ? **OUI / NON** (1)

A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? _____

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? **OUI / NON** (1) Si oui, *lesquels* ? _____

_____

SANTÉ

Quel est son état de santé actuel ? **TRÈS BON – BON – MOYEN** (1)

Est-il/elle en ordre de vaccination contre les tétanos ? **OUI / NON** (1)

Date de la 1ère injection : _____/_____/_____ 1er rappel : _____/_____/_____ 2e rappel : _____/_____/_____

A-t-il/elle subit une maladie ou intervention grave ? **OUI / NON** (1) Si oui, *quand* et *laquelle* ? _____

_____

Votre fille est-elle déjà réglée ? **OUI / NON** (1)

Devra-t-il/elle prendre des médicaments durant la période où vous nous le/a confié(e) ? **OUI / NON** (1)

Si oui, *lesquels*, en *quelle quantité*, *quand* et *pourquoi* ? _____

_____

_____

_____

Est-il/elle autonome dans cette prise de médicament ? **OUI / NON** (1) (1) Biffer les mentions inutiles

Y a-t-il des données médicales ou renseignements à connaître que vous jugez importants de mentionner ? (**épilepsie, problèmes cardiaques, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, maladie contagieuse, sinusite, bronchite**, **saignements de nez**, **maux de tête**, **maux de ventre**, **coups de soleil**, **constipation**, **diarrhée**, **vomissements**, **troubles psychiques** ou **physiques**, port de **lunettes** ou d'un **appareil auditif**,…) **OUI / NON** (1)

Si oui, merci d'indiquer la *fréquence*, la *gravité* et les *actions* à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

EST-IL/ELLE ALLERGIQUE :

À certains produits alimentaires ? **OUI / NON** (1) Si oui, *lesquels* et les *conséquences* ? _____

_____

À certains médicaments ? **OUI / NON** (1) Si oui, *lesquels* et les *conséquences* ? _____

_____

Au soleil ? **OUI / NON** (1) Si oui, quelles précautions prendre ? _____

_____

À d'autres choses ? **OUI / NON** (1) Si oui, lesquelles ? _____

_____

À REMPLIR PAR LE CHEF DE FAMILLE

Je soussigné : _____ **parent – tuteur légal** (1)

affirme que les informations fournies dans cette « fiche santé » sont réputées exactes et **complètes**.

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par le responsable 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) si je n'ai pu être joint pour confirmation.

QUEL EST LE POIDS DU PARTICIPANT : ……Kg

Date : _____ / _____ / _____ Signature :

REMARQUE :

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 cités ci-dessous et ce à bon escient : *du paracétamol ; du lopéramide (aux plus de 6 ans) ; de la crème à l'arnica ; de la crème Euceta® ou Calendeel® ; du désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®) ; du Flamigel®.*

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne au patro par l'équipe de cadres 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 l'introduction de la fiche si aucun dossier n'est ouvert.

(1) Biffer les mentions inutiles