



Fiche médicale du patronné

Patro Sacré-Cœur d'Uccle – Rue du Bourdon 13 – 1180 Bruxelles

Cher(s) parent(s),

En tant que parent ou tuteur, vous connaissez mieux que quiconque l'enfant que vous nous confiez. Nous vous demandons donc de remplir cette fiche santé le plus précisément possible, afin que nous puissions y trouver l'information nécessaire et préalable à tout soin en cas de maladie ou d'incident. N'hésitez pas à y indiquer tout ce qui pourrait nous aider à mieux cerner ou mieux comprendre votre enfant ainsi que toutes les informations qui nous permettront de réagir le plus adéquatement possible. **Si un changement ou une évolution apparaît en cours d'année, il est nécessaire de nous en informer.**

*Indispensable !
Coller ici partiellement 2 vignettes de Mutuelle de votre enfant.
Celles-ci faciliteront les démarches administratives en cas de besoin.*

Identité de l'enfant :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F / M¹ Langue parlée :

Adresse :

Code postal : Localité :

L'enfant vit habituellement avec ¹ : Parents Papa Maman Institution Grands-Parents

École fréquentée : Année scolaire :

L'enfant a-t-il des frères/sœurs ? ¹ : Oui – non Si oui, combien ? :

NOM et tél du médecin de famille :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél :

Gsm :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél :

Gsm :

¹ Entourer ce qu'il convient

Loisirs

Quels sont ses loisirs favoris ?

Quels sont les activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?

Peut-il/elle pratiquer la natation ? Oui/Non²

Sait-il/elle nager ? Très bien – Bien – Moyen – Difficilement – Pas du tout ²

Sait-il/elle rouler à vélo ? Oui/Non²

A-t-il/elle déjà participé

- à un séjour : Oui/Non ²

Si oui, où ?

quand ?

- à un camp d'une autre organisation : Oui/Non ²

Si oui, où ?

quand ?

Y a-t-il une/des raison(s) pour la(les)quelle(s) votre enfant ne pourrait pas participer à l'une ou l'autre activité (sport, excursion, jeux, natation, ...) ?.....

Sommeil/repas

A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher/ pendant la nuit ?

Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? Oui/Non ²

Est-il/elle allergique/sensible² à certains aliments ? Oui/Non ²

Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les manifestations ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui/Non² Si oui, lequel ?

² Entourer ce qu'il convient

Données médicales :

Quel est l'état de santé actuel de votre enfant ? Très bon – Bon – Moyen ³

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? Oui / Non ³

Si oui, quand et laquelle ?

Votre fille est-elle déjà réglée ? Oui / Non ³

Votre enfant est-il/elle allergique ou sensible à un/des médicament(s)? Oui / Non ³

Si oui, le(s)quel(s) ? (**nom précis !**)

Porte-t-il/elle des lunettes ? Oui / Non ³ Porte-t-il-elle un appareil auditif ? Oui / Non ³

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui/Non ³ Si oui, lequel ?

Est-il/elle vacciné(e) contre le tétanos ? Oui / Non ³ Date de la première injection ? :

Date du dernier rappel :

Si votre enfant n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'il n'a pas été vacciné dans les cinq dernières années, **il est nécessaire qu'il soit en ordre de vaccination avant les camps !**

Votre enfant souffre-t-il/elle régulièrement ou de manière permanente de :

Affection	Manifestations/fréquence	Traitement/précautions
<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Affection de la peau		
<input type="checkbox"/> Incontinence		
<input type="checkbox"/> Sinusite		
<input type="checkbox"/> Maux de tête		
<input type="checkbox"/> Constipation		
<input type="checkbox"/> Mal de route ou mer		
<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque		
<input type="checkbox"/> Somnambulisme		
<input type="checkbox"/> Maladie contagieuse		
<input type="checkbox"/> Bronchite		
<input type="checkbox"/> Maux de ventre		
<input type="checkbox"/> Diarrhée		
<input type="checkbox"/> Epilepsie		
<input type="checkbox"/> Insomnie		
<input type="checkbox"/> Asthme		
<input type="checkbox"/> Saignement de nez		
<input type="checkbox"/> Vomissement		
<input type="checkbox"/> Coups de soleil		
<input type="checkbox"/> Autre(s)		

Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant le camp, merci de noter son nom dessus, la posologie/quantité, etc... TOUT MÉDICAMENT SERA REMIS LE 1^{er} JOUR AU RESPONSABLE MÉDICAL.

³ Entourer ce qu'il convient

REMARQUES :

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne au Patro par l'équipe de cadre 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.

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 : 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®*.

Les informations contenues dans cette « fiche santé » sont réputées **exactes et complètes**. L'organisateur ne sera aucunement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document.

Je, soussigné, **donne procuration au responsable** pour prendre en mon nom, **s'il n'a pu me contacter**, les mesures médicales qui s'avéreraient nécessaires. 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.

Date et signature du parent/tuteur

Fiche mise à jour :

Le/...../.....	Le/...../.....
Le/...../.....	Le/...../.....
Le/...../.....	Le/...../.....
Le/...../.....	Le/...../.....