|  |
| --- |
| Insérez ici une vignette de mutuelle |
| Insérez ici une vignette de mutuelle |

**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.

**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 : ........................ tél. / GSM : ................................ Pays : .............................................. 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 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 quotidiennement ? □ NON □ OUI

Si oui, lesquels ? ....................................................................................................................................................... Préciser le dosage et les quantités : .......................................................................................................................... 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)*

**Si le participant fait partie d’un groupe à risques du covid-19 (voir liste jointe) :**

☐Celui-ci a reçu un avis favorable de son médecin traitant quant à sa participation aux activités scoutes.

☐Les coordonnées complètes du médecin traitant ont été renseignées sur le recto de la fiche santé.

# 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).

*« 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. »*

Date et signature du parent Date et signature du parent

*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'à la loi du 19 juillet 2006, modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, et sont soumis au secret professionnel tel que stipulée dans l'article 458 du Code pénal.*

*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).*