



**FICHE SANTE INDIVIDUELLE**  
**ES021 – HO13**  
 Nutons – Lutins – Loups – Guides – Scouts - Pihos



A compléter par les parents, représentant légal ou  
 membre majeur au début de chaque année scout/guide,  
 avant le camp ou une formation

**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 .....  
 Adresse : rue ..... n° ..... bte .....  
 Localité : ..... CP : ..... tél. / GSM : .....  
 Pays : ..... Email : .....

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. / GSM :	Tél. / GSM :
Email :	Email :
Remarque(s) :	Remarque(s) :

**Coordonnées du médecin traitant**

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

**Informations confidentielles concernant la santé du participant**

Taille : ..... Poids : ..... Groupe Sanguin : .....  
 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 :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> mal des transports	<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> handicap mental
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> rhumatisme	<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> handicap moteur
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> énurésie nocturne	<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> 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 c'est une fille, est-elle réglée ? OUI – NON Y a-t-il des observations ? .....

**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 au camp 2020.

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

**Remarques**

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 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

Emplacement pour  
une vignette de mutuelle  
Coller ici

Emplacement pour  
une vignette de mutuelle  
Coller ici

*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/vie-privee](http://lesscouts.be/vie-privee)).*

