

Insérez ici une vignette de mutuelle

Fiche médicale individuelle

Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de toi en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateur·ices ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que tu fournis soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.

N'hésite pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateur·ices si cela te semble utile.

Identité du participant

Nom : Prénom :

Né·e le Numéro de registre national :

Adresse : 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/de la participant·e

Le participant·e souffre-t-il/elle/iel (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"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Enurésie 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·e ? (appendicite, rougeole,...) + années respectives

.....
.....

Autres renseignements concernant le participant·e que vous jugez importants pour le bon déroulement des activités (problèmes de sommeil, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif,...) :

.....
.....

Le participant·e est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ? NON OUI

Date du dernier rappel :

Le participant·e est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les conséquences ?

A-t-il/elle/iel un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

Le participant·e doit-il prendre des médicaments quotidiennement ? NON OUI

Si oui, lesquels ?

Préciser le dosage et les quantités :

Quand ?

Les animateur·ices 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 mon séjour par le service médical compétent. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer mon état de santé même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. À cette fin, j'autorise les animateurs à prendre ma carte d'identité afin de permettre mon identification en cas de nécessités médicales. »

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 une semaine après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

Date et signature