

FICHE MEDICALE

à compléter et à remettre au responsable le 1er jour du stage

Nom, prénom de l'enfant (MAJUSCULES) :

Adresse :

..... Date
de naissance : Discipline:..... Code du stage :.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :.....

Nom : Lien de parenté : Téléphone :.....

Nom du médecin traitant : Téléphone :.....

Le participant est-il/a-t-il été victime de :

	OUI	DATE	REMARQUES EVENTUELLES
Entorses récentes			Localisation :
Commotion cérébrale			
Difficultés cardiaques			
Allergies			Si oui, à quelle(s) substance(s) :
Incontinence			
Asthme			
Fractures			Localisation :
Crises nerveuses			
Variation de tension			
Diabète			
Vaccination contre le tétanos			

Autres renseignements que vous jugez important de signaler pour le bon déroulement des activités ?

Quelles sont les maladies, les blessures ou les interventions médicales subies par le stagiaire et en quelle année ?

En cas de traitement médical en cours, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du séjour. Ils doivent être confiés au responsable avec toutes les indications utiles (nom du médicament, dose et durée du traitement. **Une prescription médicale est indispensable.**

Selon le cas, le parent signataire prend conscience que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments. Le personnel du Centre dispose 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 soins suivants et ce, à bon escient : désinfecter une plaie légère, appliquer une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte. En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les responsables de l'accueil ou par le service médical qui y est associé et je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques payés par le centre.

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.

Je certifie que (nom et prénom du stagiaire) est en bonne santé et ne présente a priori aucun signe d'une maladie contagieuse.

Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et sincères.

Nom et prénom de la personne responsable :

Signature