

Fiche de santé

Toutes les rubriques/questions doivent être remplies pour que la fiche puisse être considérée comme complète !

Coordonnées du participant

Nom	Prénom
Matricule	

Etat de santé actuel

L'état de santé, présente-il des particularités à considérer ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquelles ?		
Le participant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle ?		
Suit-il un traitement/une médication particulière ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, lequel ?		
Le participant souffre-t-il d'une allergie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, de quelle ?		
Le participant peut-il participer à toutes les activités, sports, etc. ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, lesquelles sont à éviter ?		

Alimentation

Le participant souffre-t-il d'une allergie de l'alimentation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, de quelle ?		
Le participant souffre-t-il d'une intolérance de l'alimentation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle ?		
Le participant suit-il un certain régime alimentaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, lequel ?		
Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Autres allergies

Le participant souffre-t-il d'autres allergies ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, de quelle ?		

Intervention consignée par un médecin traitant

<u>Certificat médical: restriction sport</u>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
<u>Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique</u>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
<u>Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?</u>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
<u>Si oui, lequel ?</u>		

Soins quotidiens

Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel utilisera exclusivement les produits de cette liste. Le participant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ?

Cedixidin: spray désinfectant pour désinfecter les petites blessures	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
Arnica naturel: gel en cas d'hématomes	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
Physiologica: solution pour nettoyer le nez ou l'œil	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
Purigel: en cas de piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>
Crème solaire: protection solaire	<input type="checkbox"/> <u>oui</u>	<input type="checkbox"/> <u>non</u>

Tiques

Je donne mon accord afin que le personnel puisse enlever les tiques du participant Le(s) parent(s)/tuteur(s) sera(i)ent immédiatement informé(s). oui Non

Le(s) parent(s)/tuteur(s) a/ont pris connaissance qu'il est de leur(s) responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé du participant et d'informer par écrit immédiatement les responsables de tout changement y relatif.

_____, le _____ 20____

Signature du jeune

Signature(s) du/des parent(s)/tuteur(s)
(si le jeune est mineur)

