

## FICHE SANTE



En tant que parent ou tuteur, vous connaissez mieux que quiconque l'enfant que vous nous confiez. Cette fiche santé a pour objectif de nous aider à répondre au mieux à ses besoins en cas de maladie ou d'incident. Merci de la compléter de manière précise, complète et à jour. N'hésitez pas à ajouter toute information utile, par écrit ou oralement, afin de nous permettre d'agir de façon appropriée et en toute sécurité.

Nom et prénom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de registre national : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tel :	Tel :
E-mail :	E-mail :
Remarque(s) :	Remarque(s) :

### Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### Informations confidentielles concernant la santé du participant

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Maux de tête/migraine	<input type="checkbox"/> Affection cardiaque	<input type="checkbox"/> Handicap mental
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Affection cutanée	<input type="checkbox"/> Handicap moteur

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 réagir :

---

---

---

Quelles sont les autres maladies importantes ou les interventions chirurgicales qu'a dû subir le participant ? Merci d'indiquer les années respectives.

---

---

Y a-t-il d'autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants pour le bon déroulement des activités (port de lunettes, d'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 ? Si oui, lesquels ?

---

Quelles en sont les conséquences ? \_\_\_\_\_

Le participant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Le participant doit-il prendre des médicaments ?  NON  OUI

Si oui, lesquels ? Préciser le dosage, la fréquence, le mode d'administration et la durée du traitement :

---

---

---

Le participant est-il autonome dans la prise de ces médicaments ?  NON  OUI

*Rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants.*

**Remarque :**

Les entraîneurs 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 cités ci-dessous et ce à bon escient : du paracétamol ; du lopéramide (aux plus de 6 ans) ; de la crème à l'arnica ; de la crème Euceta® ou Calendeel® ; du désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®) ; du Flamigel®.

Par ailleurs, les données relatives au handicap peuvent être communiquées à l'ONE pour l'octroi de subsides dans ce cadre, sur base des dispositions légales applicables. Ces données ne sont pas communiquées pour d'autres finalités

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la prise en charge de mon enfant par les entraîneurs 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.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier du participant et sont réservées à une utilisation interne à l'Acro Club Attert par les entraîneurs et le Comité, et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites 2 ans après la signature de ce document, si aucun dossier n'est ouvert.

**DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR**

