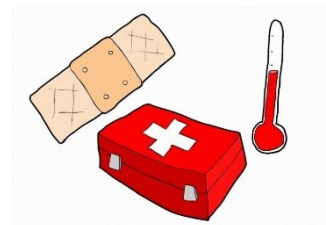




Complexe sportif communal ASBL
 GSM : Ophélie - 0472/ 99 20 37
 Grégory – 0477 / 92 56 55
 E-Mail : stagecslhelecine@gmail.com



Fiche médicale stage 2024

Le participant :

- Nom :..... Prénom
- Numéro national (au dos de la carte d'identité : __ _ - _ _ _ - _ _ _)
- Lien et nom du responsable :
- Tel privé :..... GSM :
- Personne à contacter en cas d'urgence :
 1. Nom :.....Tel :.....
 2. Nom :.....Tel :.....
 3. Nom :.....Tel :.....

Repas :

- A -t'il/elle un régime particulier à suivre ? OUI / NON
Si oui, lequel ?.....
- Y a-t' il des aliments qu'il ne digère pas ? OUI / NON
Si oui, lesquels ?
- Est-il/elle végétarien(ne) /Végétalien(ne) ? OUI / NON
- Autres choses au niveau des repas :
.....
.....

L'enfant aura -t-il besoin de faire une sieste ? OUI /NON

O tous les jours après le repas de midi.
 O selon les besoins de l'enfant et l'appréciation de l'animateur.

Santé :

- Nom du médecin traitant, adresse et téléphone :
.....
.....
- Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement du stage ? (ex :problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, affections cutanées, handicap,...).
 Merci d'indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir.

- Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? OUI/NON ? en quelle année.....

- Votre enfant, est-il allergique à certaines substances, aliments, médicaments ?
Si oui, lesquels :
- Votre enfant a-t-il certaines difficultés sensorielles ?
 - Porte-t-il des lunettes ? OUI / NON
Si oui, en a-t-il besoin toute la journée ? OUI / NON
A quel moment ?.....
 - Porte-t-il un appareil auditif ? OUI / NON
- Votre enfant a-t-il acquis la propreté ? OUI/NON
- Il y a-t-il d'autres remarques utiles que nous devrions savoir ?
.....
.....
.....
.....
.....
- Votre enfant peut-il être grimé ? OUI/NON

La remarque suivante, importante, concernant l'usage de médicaments.

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 cités ci-dessous et ce à bon escient.

- ✓ Du désinfectant, une pommade apaisante contre les piqûres d'insectes et de brûlures superficielle, pommade homéopathique « Homéoplasmine ».

La mention suivante :

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaire soient entrepris durant la période de stage de auquel j'ai inscrit mon enfant par le responsable de l'accueil ou 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. »

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 consentent.

Cadre d'utilisation de ces informations :

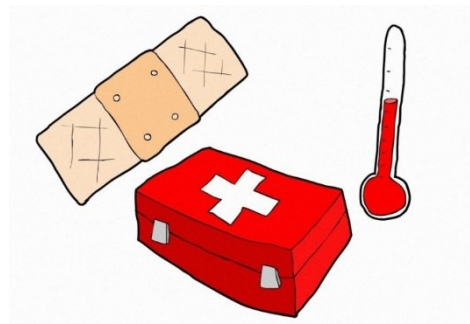
« Ces informations seront utilisées pour le suivis journalier de votre enfant et sont réservés à une utilisation interne par les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés ? Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pourrez les consulter et les modifier à tout moment. »

- **Date et la signature du parent/tuteur**



Complexe sportif communal ASBL

5 Rue Le Brouc à 1357 Hélécine
E-Mail : stagecslhelecine@gmail.com
Tel. : 019 / 65 55 29
GSM : Greg 0477 / 92 56 55
Ophélie 0472 / 99 20 37



Autorisation médicale :

- *Concerne tous les participants de moins de 18 ans ;*
- *A remplir et à signer par un des parents/tuteurs ;*

Je soussigné(e) (prénom et nom).....

père mère tuteur répondant

Autorise (prénom et nom).....

À participer aux stages en 2024 qui auront lieu au Complexe sportif Local.

Durant cette période :

- ***Je le/la place sous la garde de ses encadrants durant la journée de stage à partir du moment où je le/la dépose au C.S.L et jusqu'au moment où je viens le/la rechercher.***
- ***Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.***
- ***Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.***

Date et signature :