**FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE**

**Identité de l’enfant :**

Nom : ............................................. Prénom : ........................................... Date de naissance : .................................................................................... Adresse : .................................................................................................. Groupe sanguin : ....................................................................................... Personnes à contacter en cas d’urgence :

Nom – prénom : ......................................................................................... Lien de parenté: ......................................................................................... Téléphone/GSM : ........................................................................................ **Médecin traitant :**

Nom – prénom : ......................................................................................... Adresse : ................................................................................................... Téléphone/GSM : ........................................................................................ **Informations médicales confidentielles**

Autres renseignements concernant le/la participant (e) que vous jugez importants (problèmes de diabète, incontinence, asthme, affection cardiaque, affection cutanée, rhumatisme, problèmes psychiques\* ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…) Autre…………………………………………………………………………………………………………………………… Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées 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 pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n’est ouvert.

\*Attention ! Si votre enfant à un handicap mental type autisme, caractériel ou autre ; veuillez nous le signaler 2 mois à l’avance, afin que nous puissions prendre les dispositions nécessaires pour l’encadrer au mieux par un intermédiaire d’un éducateur formé.

Peut-il/elle participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation) ................................................................................................................

Est-ce sa première participation à un stage ? oui non

Est-il/elle sensible aux refroidissements ? oui non

Est-il/elle vite fatigué ? oui non A-t-il/elle un régime alimentaire particulier ? oui non Si oui lequel ? Spécifiez : ............................................................................. Est-il/elle allergique à certaines substances ou aliments ? oui non Si oui, lesquels ?.......................................................................................... Peut-il/elle participer aux activités sportives ? oui non Sait-il/elle nager ? oui non A-t-il/elle peur de l’eau ? oui non A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui non Date dernier rappel ? ...................................................................................

A-t-il reçu le sérum antitétanique ? oui non En quelle année ?........................................................................................ Doit-il/elle prendre des médicaments ? Si oui lesquels, en quelle quantité et quand ? .....................................................................................................

Est-il/elle autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre participants) ................................................................................................................. **DATE : SIGNATURE :**

**AUTORISATION DE DIFFUSION MULTIMEDIA**

Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………………………………. Né(e) le à……………………………………………………………………………………………………………………

□ autorise

□ n’autorise pas

Les Petits Débrouillards à utiliser, dans le cadre des activités, site internet, publications et reportages, les photos et/ou vidéos de mon/mes enfant(s) prises au cours des stages.

**DATE : SIGNATURE :**

**AUTORISATION DE SORTIE APRÈS LES STAGES**

**A compléter uniquement pour les enfants à partir de 8 ans**

Période et dates du / des stage(s) : ……………………………………………………………………….. Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………………………………. Né(e) le…………………………………………………………… à …………………………………………………….

□ autorise

□ n’autorise pas Mon fils / ma fille à quitter le lieu de stage et rentrer seul à la fin des activités (donc dès 16h).

Téléphone/GSM du parent :..........................................................................

**DATE : SIGNATURE :**