



## **Fiche individuelle de Santé 2011 -2012**

A compléter par les parents ou tout membre majeur au début de chaque année scout et avant le camp.

**Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements qui s'y trouvent soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.**  
**N'hésitez pas à ajouter des informations en cours d'année auprès des chefs de section ou par écrit si cela vous semble utile.**

### **Identité du participant:**

Nom: .....Prénom(s):.....  
Date de naissance: .....  
Adresse : rue..... n°..... bte.....  
Localité :..... CP : ..... Tél : .....  
Pays : .....

Section : Chaumière – Meute – Ronde – Troupe – Compagnie - Clan

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom + Adresse : .....  
Lien de parenté : ..... Tel / Gsm : .....  
.....

Nom + Adresse : .....  
Lien de parenté : ..... Tel / Gsm : .....  
.....

Médecin traitant :  
Nom + Adresse : .....  
..... Tel / GSM : .....

### **Données médicales :**

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation,...)

Raisons d'une éventuelle non-participation : .....

Y a-t'il des données médicales importantes à connaître pour le bon déroulement des activités/du camp ? (ex : problème cardiaque, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental,.....)

Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à entreprendre.

.....

.....  
.....  
.....  
Quelles sont les maladies ou interventions médicales qu'à dû subir le participant ? (années + type de maladie ou d'intervention).....  
.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ? Oui      Non  
Date du dernier rappel.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Oui      Non  
Si oui, lesquels ?.....  
Quelles en sont les conséquences ?.....  
A-t'il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ? .....  
(En cas de régime alimentaire strict (intolérance au gluten, au lait,...) merci de prendre contact avec le chef de section)

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants à communiquer  
(problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes  
ou appareil auditif, sensibilité particulière aux refroidissements,...) .....  
.....  
.....

Le participant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? Si oui lesquels : .....  
En quelle quantité ?(dosage précis).....  
Quand ?.....  
Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? .....

*« Faute de pouvoir être avisé en temps utile, je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable de section ou par le service médical appelé. »*

Fait à ....., le .....

Signature,