- **À photocopier/A télécharger** et à transmettre à chaque parent d'Animé et d'Animateur.
- **À remplir par** les parents (ou un médecin) qui la donnent au responsable du groupe.
- **À conserver** dans le dossier du groupe et **à emporter** lors de chaque activité Guide.
- **À montrer** au médecin ou à l'hôpital dès que c'est nécessaire.
- **À remplir** au début de chaque année Guide et à réactualiser **avant le camp** si nécessaire.

FICHE SANTÉ - Confidentiel

Note préalable : les informations ci-dessous seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les Animateurs 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.

Identité de l'enfant : Nom : ..... Prénom : ..... : Date de nais. : .....
Adresse complète : .....
Unité Guide (Région, n°, nom) : .....

Médecin traitant : Nom : ..... : Tél. : .....

Où joindre les parents ou le tuteur ou le responsable légal ?

Personne 1	**Personne 2**
Nom :	Nom : .....
Lien de parenté :	Lien de parenté : .....
Période du ..... au	Période du ..... au .....
Et du ..... au	Et du ..... au .....
Tél. :	Tél. : .....
GSM :	GSM : .....
E-mail :	E-mail : .....
Remarque(s) :	Remarque(s) : .....

Personne à joindre en cas d'absence de ces deux personnes

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : ..... GSM : ..... E-mail : .....

Groupe sanguin : ..... **Poids de l'enfant :** ..... **Date du dernier examen médical scolaire :** ...../...../.....

Y a-t-il des remarques concernant sa participation à certaines activités (sport, camp, jeux...) ? OUI — NON
Lesquels et pourquoi ? .....
.....
.....

L'enfant sait-il nager ? OUI — NON Peut-il **participer** sans inconvénients **aux baignades** ? OUI — NON

L'enfant est-il en situation de :

Diabète	OUI — NON	Mal des transports	OUI — NON	Handicap mental	OUI — NON*
Asthme	OUI — NON	Affection cardiaque	OUI — NON	Handicap moteur	OUI — NON*
Epilepsie	OUI — NON	Affection cutanée	OUI — NON	Autre(s) :	
Somnambulisme	OUI — NON	Rhumatisme	OUI — NON	(* Si oui, complétez l'annexe destinée aux personnes en situation de handicap.)	

Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies : ..... Année : .....
..... Année : .....
..... Année : .....

A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? OUI — NON En quelle année ? ..... Dernier rappel le : ...../...../.....
Votre enfant **se lave-t-il tout seul** ? OUI — NON Est-il sensible aux **refroidissements** ? OUI — NON
Est-il **vite fatigué** ? OUI — NON Est-il **incontinent** ? OUI — NON

Est-il **allergique** à l'iode ? OUI — NON

Est-il **allergique** à des **médicaments** ? OUI — NON Lesquels ? .....
.....

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? OUI — NON Lesquels ? Quand ? En quelle quantité ? : .....
.....

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI — NON
Est-il **allergique** à certaines **matières ou aliments** ? OUI — NON Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ?
.....
.....

Guides Catholiques de Belgique asbl • Rue Paul-Émile Janson, 35 • 1050 Bruxelles
+32 (0)2 538 40 70 • info@guides.be • www.guides.be
N° d'entreprise BE 0407 750 980 • RPM de Bruxelles • CBC : BE11 7320 1473 4048

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? Y a-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation ? .....
.....

Si c'est une fille, est-elle réglée ? OUI — NON Y a-t-il des observations à ce sujet ? .....
.....

Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler aux Animateurs (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, etc.) : .....
.....

Pour toi, Animateur : fais remplir cette fiche et prends le temps de discuter avec les parents. Présente-la au médecin consulté lors du camp ou toute autre réunion Guide... Il peut ainsi prendre connaissance de certains antécédents et éventuellement contacter soit les parents soit le médecin traitant de l'enfant. Il peut ainsi indiquer sur ce formulaire son avis et les prescriptions à suivre. Dans ce cas, cette fiche sera remise aux parents à la fin du camp pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates. Les autres fiches seront détruites à la fin de chaque année Guide (fin du camp).

Informations importantes pour les parents : ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donner ces renseignements afin que votre enfant retire le maximum de plaisir de sa participation à nos activités et à son camp.
Les Animateurs disposent d'une trousse 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.
Nous vous rappelons qu'il est nécessaire de tenir informés les Animateurs s'il y avait une évolution d'ordre médical entre le moment où vous avez rempli cette fiche et les activités.

*du Paracétamol ; de la crème à l'arnica ; de la crème ou un spray anti piqûre d'insecte ; antiseptique pour le soin des plaies ; gel cicatrisant pour soigner les brulures.

« 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 du camp (ou du responsable du groupe lors de toute autre activité) 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 mon enfant, s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

« I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the camp or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, in case of surgery. »

Date et signature du parent ou responsable légal de l'enfant : ……..

Nom, prénom, date et signature de la personne qui a rempli ce formulaire : .....

A remplir par le(s) médecin(s) qui est(sont) intervenu(s) pendant le camp, le hike, etc.

Nom(s) et téléphone(s) du (des) médecin(s) consulté(s) lors du camp, du hike, etc. : .....
.....
Soins prodigués : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avis et prescriptions à suivre : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date et signature du(des) médecin(s) : .....
.....

Emplacement pour une vignette de la mutuelle. *Ne pas coller complètement*	Emplacement pour une vignette de la mutuelle. *Ne pas coller complètement*

Guides Catholiques de Belgique asbl • Rue Paul-Émile Janson, 35 • 1050 Bruxelles
+32 (0)2 538 40 70 • info@guides.be • www.guides.be
N° d'entreprise BE 0407 750 980 • RPM de Bruxelles • CBC : BE11 7320 1473 4048

Annexe

Pour les personnes en situation de handicap
Pour les personnes en situation de problème comportemental

Pourriez-vous expliquer brièvement en quoi consiste le handicap de votre enfant ? .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Que souhaitez-vous nous transmettre à propos de votre enfant qu'il est important que nous sachions ? .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Doit-on être vigilant par rapport à certaines choses ? .....
.....
.....
.....
.....

Au niveau de la motricité

Peut-il se déplacer	seul ?	OUI — NON
	avec une tribune ou un déambulateur ?	OUI — NON
	en prenant des points d'appui ?	OUI — NON
	en voiturette ?	OUI — NON

A-t-il des troubles de l'équilibre (chutes fréquentes), des difficultés à se déplacer ? OUI — NON
Quelle durée ou quelle distance peut-il parcourir lors d'une promenade ? Durée : ..... Distance : .....

A-t-il tendance à fuguer OUI — NON ; faut-il le tenir par la main en promenade ? OUI — NON .....
.....

Y a-t-il des choses particulières auxquelles porter attention ? .....
.....
.....
.....

Au niveau de la communication

A-t-il des difficultés d'expression ? OUI — NON
Comment se fait-il comprendre : des phrases, des gestes, des pictogrammes, les yeux, des signes de tête, des rires, des vocalises ? .....
.....
.....

Utilisez-vous un code particulier ? OUI — NON
Si oui, décrire : .....
.....
.....

A-t-il des difficultés de compréhension ?	OUI — NON
Exprime-t-il ses envies, ses émotions facilement ?	OUI — NON
Sait-il lire, écrire ?	OUI — NON

Au niveau de l'alimentation

Mange-t-il seul ? OUI — NON
Faut-il couper la nourriture, la mixer ? OUI — NON
Comment boit-il ? (Entourez ce qui convient) : tout seul- accompagné - au verre - à la paille - avec un gobelet adapté

Quels sont ses plats préférés ? .....
.....
.....

Y a-t-il des aliments qu'il ne supporte pas ? .....
.....
.....

Y a-t-il des risques de fausse déglutition ? Faut-il épaissir les liquides ? .....
.....

Au niveau de ses gouts, de ses préférences

Quels sont les jeux, les activités qu'il aime ? .....
.....
.....

Quels sont les jeux, les activités qu'il n'aime pas ? .....
.....
.....

Quelles sont les choses qu'il réussit bien, qu'il apprécie ? .....
.....
.....

Au niveau de l'hygiène et de la toilette

Sait-il aller seul aux toilettes ? OUI — NON
Souffre-t-il d'énurésie (pipi au lit) ? OUI — NON
Doit-il disposer de toilettes adaptées ? OUI — NON
Porte-t-il des langes la nuit/le jour ? OUI — NON
Sait-il se laver seul ? OUI — NON

Au niveau de l'habillement

Sait-il s'habiller tout seul ? OUI — NON
Sait-il choisir des vêtements adaptés aux conditions climatiques ? OUI — NON
Sait-il reconnaitre ses vêtements ? OUI — NON

Au niveau du sommeil

Risque-t-il de tomber du lit ? OUI – NON
A-t-il besoin d'aide pour sortir du lit ? OUI – NON
Peut-il dormir sous tente ? OUI – NON
A-t-il besoin de dormir dans une tente spéciale ? OUI – NON
Sait-il utiliser un sac de couchage ? OUI – NON
A-t-il besoin d'une source de lumière pour dormir ? OUI – NON
Est-il somnambule ? OUI – NON
De combien d'heures de sommeil a-t-il besoin ? .....

Au niveau du comportement

Sait-il respecter des consignes ? OUI — NON
Lorsqu'il est en groupe, il faut faire attention à : .....
.....
.....

A-t-il des comportements qui peuvent être difficiles à supporter pour son entourage ? OUI — NON
Si oui, lesquels : .....
.....
Dans cette situation, il est préférable de : .....
.....

Est-ce qu'il a des frayeurs, des peurs dans un certain contexte ? OUI — NON
Si oui, lesquels : .....
.....
.....

Qu'est-ce qui le calme, l'apaise ? ……
……
……

A-t-il des rituels ? OUI – NON
Si oui, lesquels : ……
……
……

Présente-t-il des difficultés pour maintenir son attention pendant une activité ? OUI - NON
Combien de temps en moyenne peut-il maintenir son attention ? ……

<u>Au niveau médical</u>

Doit-il prendre des médicaments ?	OUI — NON
Doit-on porter une attention particulière à un aspect spécifique ?	OUI — NON
Reçoit-il des soins particuliers par des infirmiers ?	OUI — NON
Est-il sensible au chaud et au froid ?	OUI — NON