



CAMP UJEB à LIMAUGES : FICHE SANTE

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Dates du camp :

En tant que parent ou tuteur, vous connaissez mieux que quiconque l'enfant que vous nous confiez. Nous vous demandons donc de remplir cette fiche santé le plus précisément possible, afin que nous puissions y trouver l'information nécessaire et préalable à tout soin en cas de maladie ou d'incident. N'hésitez pas à y indiquer tout ce qui pourrait nous aider à mieux cerner ou mieux comprendre votre enfant ainsi que toutes les informations qui nous permettront de réagir le plus adéquatement possible.

Est-ce sa **première participation** à un camp à LIMAUGES ? Oui Non

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille institution grands-parents

Enseignement suivi : ordinaire (année :) spécialisé (type :)

Personne à contacter en cas d'urgence pendant le camp :

Nom : Téléphone : Lien de parenté :

Nom : Téléphone : Lien de parenté :

Nom : Téléphone : Lien de parenté :

Médecin de famille :

Nom : Téléphone :

Les responsables de l'UJEB 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 désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûres d'insectes. 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 leur consentement.

Activités, sommeil, repas :

A-t-il une habitude particulière avant de se coucher / pendant la nuit ?

.....

Est-il incontinent ? Oui souvent parfois non

Faut-il le réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? Oui non

Y a-t-il des aliments qu'il ne digère pas ? Oui Non Si Oui, lesquels ?

.....

A-t-il un régime médical particulier à suivre ? Oui Non Si Oui, lesquels ?

.....

L'enfant peut-il participer aux activités proposées ? (jeux, sports...)

.....

Y a-t-il **d'autres remarques** utiles à formuler concernant sa participation au camp ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Données médicales :

Etat de santé actuel du campeur : TB B Moyen

Groupe sanguin de l'enfant : Poids : Taille :

Votre fille est-elle réglée ? Oui non

L'enfant est-il soigné par homéopathie ? Oui non

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui non Date du dernier rappel :

L'enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si Oui, lesquels ?

.....

.....

A-t-il des besoins spécifiques (handicap reconnu) ? Oui Non Si Oui, lesquels ?

.....

Doit-il prendre des médicaments durant le camp ? Oui Non

Si Oui, le(s) quel(s), quand et pourquoi ?

.....

.....

Lors de l'arrivée au camp, les médicaments doivent être confiés à l'infirmière ou au moniteur responsable de la chambre.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne au camp par l'équipe de cadres 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 après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

Y a-t-il d'autres renseignements que vous jugez importants de mentionner ?

.....

Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les responsables du camp ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre des 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 à défaut de pouvoir être contacté personnellement. Je confie mon enfant durant ce camp.

Veuillez joindre

2 vignettes mutuelles*

* ne pas coller complètement

Nom du signataire :

Date :

Signature :