

***Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour lors du « Festival de la Jeunesse – 2022 » - Participant mineur ou majeur***

**NOM :** Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe :  Masculin -  Féminin

DN :

### **I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE**

**Les vaccins du participant sont-ils à jour ?**

Oui  Non

**Le participant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?**

Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Quel est le médecin ou dispensaire habituel du participant ?**

NOM :

Lieu d'exercice :

N° téléphone :

**Le participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Asthme  R.A.A.  Épilepsie (ou autre malaise) avec risque de perte de connaissance  
 Otite  Diabète  Autisme  Autres :

Quels sont les précautions à prendre et les soins éventuels à apporter :

**Le participant a-t-il été malade ces 6 derniers mois ?**

Oui

Non

Précisez :

**Le participant a-t-il été opéré ces 6 derniers mois ?**

Oui

Non

Précisez :

Date :

**Le participant a-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres) ?**

Oui

Non

Si oui, précisez le type d'allergie, la cause, les signes apparents et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

## II. RECOMMANDATIONS

Le participant présente-t-il :

- Un handicap physique** limitant ses activités, son autonomie ou nécessitant un appareillage, un accompagnement spécifique ? Précisez :
- Un handicap mental** nécessitant une prise en charge spécifique ? Précisez :
- Un handicap sensoriel** (troubles de la vision, difficultés auditives nécessitant un appareillage) ? Précisez :
- Un trouble du caractère, du comportement et/ou des difficultés d'adaptation ?**

**Si oui, fait-il ou faites-vous l'objet d'un suivi particulier** (psychologue scolaire, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien) ? Précisez le traitement en cours selon les dernières recommandations du médecin sans oublier de fournir les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance :

## III. ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Le participant peut-il pratiquer toutes les activités physiques ou sportives proposées lors du séjour ?

- Oui  Non

Si non, précisez lesquelles :

S'il s'agit d'une maladie ou d'un handicap, joindre un certificat de contre indication à la pratique de ces activités physiques ou sportives (l'enfant ne doit pas y participer).

## IV. AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

Le participant :

- |   |                              |                              |                                       |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| • porte-t-il des lunettes ou des lentilles ?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| • est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| • a-t-il des difficultés de sommeil ?             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| • mouille-t-il son lit ?                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> A l'occasion |
| • sait-il nager ?                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| • s'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |

Avez-vous des recommandations particulières à signaler :

### RESPONSABLE LÉGAL DU MINEUR :

**NOM :**

**Prénom :**

**Lieu de résidence :**

**N° téléphone :**

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable du centre ou le comité organisateur à prendre, le cas échéant, les mesures (traitements médicaux et hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

**Date :**

**Signature :**

### LE PARTICIPANT MAJEUR :

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je prends toutes les mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires par mon état de santé et autorise uniquement le responsable du centre ou le comité organisateur à me transférer dans un centre médical (clinique ou hôpital) en cas d'accident durant le séjour.

**Date :**

**Signature :**

### OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR :

Par le médecin :

Par l'assistant sanitaire :

(Indiquer le nom, l'adresse, le téléphone du médecin et/ou de l'assistant sanitaire qui portent les observations)

*NB: L'administration se réserve le droit de vérifier ce document en demandant toute pièce justificative au directeur*