



### Fiche médicale individuelle

A compléter par les parents ou le membre majeur avant le camp centenaire des louveteaux « Mowglica ».

**Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les responsables scouts ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées. N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.**

#### Identité du participant

Prénom : ..... Nom : .....  
 Né(e) le /Matricule : .....  
 Adresse : No ..... rue : .....  
 Code postal : ..... Localité : .....  
 E-mail : ..... tél. / GSM : .....

#### Merci de joindre

- une photocopie r/v de la Carte d'identification de la Sécurité sociale / Carte européenne d'assurance maladie
- une photocopie de la carte de vaccination

#### Personnes à contacter en cas d'urgence

1. Nom, Adresse : .....  
 Lien de parenté : .....  
 E-mail : ..... tél. / GSM : .....

2. Nom, Adresse : .....  
 Lien de parenté : .....  
 E-mail : ..... tél. / GSM : .....

#### Médecin(s) traitant(s)

1. Nom - Adresse : .....  
 E-mail : ..... tél. / GSM : .....

2. Nom - Adresse : .....  
 E-mail : ..... tél. / GSM : .....





**Informations confidentielles concernant la santé du participant**

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

.....

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

.....

Y a-t-il des **données médicales spécifiques importantes** à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du camp ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

.....

Quelles sont les **maladies** ou les **interventions médicales** qu'a dû subir le participant ? (+ années respectives) (rougeole, appendicite, ...) .....

.....

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 ? OUI / NON Si oui, lequel? .....

.....

**Autres renseignements** concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...) .....

.....

Le participant doit-il prendre des **médicaments** ? OUI / NON

Nom du médicament	En quelle quantité ?	Quand ?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI / NON

(Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)





**Remarques importantes :**

- a) *Les animateurs 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 : Paracetamol, Reparil®, désinfectant (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®).*
- b) *« J'autorise le médecin à prendre les 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. »*
- c) *Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.*
- d) *Le Participant ou en cas de minorité d'âge son représentant légal, donne par la signature de la présente fiche son consentement à ce que la FNEL utilise les données personnelles y reprises en cas de nécessité et pourra les transmettre au personnel soignant.*
- e) *Avec ma signature, je donne mon accord que mon enfant puisse faire des tests de dépistage rapides Covid19 pendant le camp pour qu'une éventuelle affection du coronavirus soit détectée immédiatement. Si un deuxième test est positif, je m'engage à venir chercher mon enfant le plus vite possible afin de minimiser la probabilité d'une contamination des autres participants du camp.*

**Date et signature :** .....





## COVID-19: Attestation de consentement pour la participation au dispositif des autotests rapides antigéniques pendant les camps, les colonies

À retourner au responsable d'activité / l'organisateur dans les meilleurs délais.  
Je soussigné(e) Madame/Monsieur\*

(Nom) \_\_\_\_\_

(Prénom) \_\_\_\_\_

(Numéro de téléphone) \_\_\_\_\_

mère/père/représentant légal\* de

(Nom de l'enfant) \_\_\_\_\_

(Prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_

(Matricule de l'enfant) \_\_\_\_\_

(Adresse de l'enfant) \_\_\_\_\_

(Organisateur) \_\_\_\_\_

(Nom de l'activité) \_\_\_\_\_

donne mon consentement explicite pour que mon enfant s'autoteste à l'entrée, le cas échéant aussi pendant la colonie, le camp ou la formation d'animateur. Mon consentement entraîne nécessairement que le résultat de chaque test et les données à caractère personnel (nom, prénom, matricule, adresse et n° de GSM) soient transmis à l'Inspection sanitaire ;

m'engage, en cas de résultat positif à la colonie / la formation, à récupérer mon enfant dans les meilleurs délais. Dans ce cas, je souhaite que le responsable/l'organisateur contacte

Madame/Monsieur\* : \_\_\_\_\_ au n° de GSM :

\_\_\_\_\_

En soumettant ce formulaire, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées conformément à ce qui précède.

Fait à (lieu) \_\_\_\_\_ le (date) \_\_\_\_\_.

Signature \_\_\_\_\_

