

## FICHE MEDICALE

Nom, prénom du stagiaire (MAJUSCULES) : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Code du stage : .....

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

**Le participant est-il/a-t-il été victime de :**

	OUI	DATE	REMARQUES EVENTUELLES
Entorses récentes			<i>Localisation :</i>
Commotion cérébrale			
Difficultés cardiaques			
Allergies			<i>Si oui, à quelle(s) substance(s) :</i>
Incontinence			
Asthme			
Fractures			<i>Localisation :</i>
Crises nerveuses			
Variation de tension			
Diabète			
Vaccination contre le tétanos			
Autres renseignements que vous jugez important de signaler :			
Quelles sont les maladies, les blessures ou les interventions médicales subies par le stagiaire et en quelle année ?			
Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI - NON Si non, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, en spécifiant le nom du médicament et la posologie.			

Selon le cas, le parent signataire prend conscience que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments.

Le personnel du Centre dispose 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 ci-après et ce, à bon escient : paracétamol, désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte.

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 accord.

***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 de l'accueil ou par le service médical qui y est associé et je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques payés par le centre.***

***J'autorise le médecin local 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.***

Nom et prénom de la personne responsable :

Signature