



# Fiche médicale du patronné

## Patro Saint-Martin de Buzet

Rue de l'hôpital, 17 – 6060 Gilly – Tel : 071/41.20.26 – Fax : 071/42.04.53

Collez ici partiellement deux vignettes de Mutuelle  
de votre enfant

**INDISPENSABLE**

### Pour mieux connaître votre enfant

Grâce à vos renseignements, nous pourrons offrir une animation adaptée à votre enfant, à ses rythmes, à sa santé et éviter les risques inutiles. C'est pourquoi nous vous prions de remplir avec précision cette fiche pour des vacances réussies.

Patro de : .....  
à ..... Date du camp : du ..... au .....

### Identité de l'enfant :

Prénoms : ..... Nom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Localité : .....

### Personne à contacter d'urgence:

Prénoms : ..... Nom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Téléphone privé : ..... Téléphone au travail : .....  
GSM : .....

### Loisirs :

Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer : .....  
.....  
Peut-il/elle pratiquer la natation ? Oui/Non <sup>(1)</sup>  
Sait-il/elle nager ? Très bien – Bien – Moyen – Difficilement – Pas du tout <sup>(1)</sup>  
Sait-il/elle rouler à vélo ? Oui/Non  
A-t-il/elle déjà participé ? - à un séjour : Oui/Non <sup>(1)</sup>  
Si oui, où et quand ? .....  
- à un camp d'une autre organisation : Oui/Non <sup>(1)</sup>  
Si oui, où et quand ? .....

### Sommeil/repas :

<sup>(1)</sup> Biffer les mentions inutiles

A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher/ pendant la nuit ? .....  
.....  
Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, lesquels ? .....  
.....  
A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, lequel : .....  
.....  
Est-il/elle végétarien/végétalien <sup>(1)</sup> ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....

### Données médicales :

Nom du médecin traitant : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Tél : .....  
Groupe sanguin de l'enfant : ..... Taille : ..... Poids : ..... Pointure : .....  
Est-il/elle soignée par homéopathie ? : Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Quel est son état de santé actuel ? : Très bon – Bon – Moyen <sup>(1)</sup> .....  
Votre fille est-elle déjà réglée ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Votre enfant se lave-t-il tout seul ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Est-il/elle sensible aux refroidissements ? : Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Est-il/elle vite fatigué(e) ? : Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Si oui, quand et laquelle ? .....

Est-il/elle allergique ou sensible :  
à certains produits alimentaires ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, lesquels ? .....  
.....  
à certains médicaments ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, lesquels ? (**nom précis !**) .....  
.....  
au soleil ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, quelles précautions prendre ? .....  
.....  
à d'autres choses ? Oui/Non <sup>(1)</sup> A quoi ? .....

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....  
Si oui, lesquels, quand et pourquoi ? .....  
.....  
.....

A-t-il/elle eut des poux récemment (lors des 2 mois précédents le camp) ? Oui/Non  
Si oui précisez :  
• Le traitement qu'il/elle a suivi.....  
• Si il/elle en a toujours : Oui/Non.....  
• Mettez dans le sac de votre enfant un shampoing anti-poux.

A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :  
Porte-t-il/elle des lunettes ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, quelle dioptrie : .....  
Porte-t-il-elle un appareil auditif ? Oui/Non <sup>(1)</sup> .....

<sup>(1)</sup> Biffer les mentions inutiles

Autres ? .....

Est-il/elle vacciné contre le tétanos ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Date de la première injection ? : .....

Date du dernier rappel <sup>(2)</sup> : .....

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui/Non <sup>(1)</sup> Si oui, lequel ? .....

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

Souffre-t-il/elle régulièrement ou de manière permanente de :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète              | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque   | <input type="checkbox"/> Insomnie          |
| <input type="checkbox"/> Affection de la peau | <input type="checkbox"/> Somnambulisme       | <input type="checkbox"/> Asthme            |
| <input type="checkbox"/> Incontinence         | <input type="checkbox"/> Maladie contagieuse | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |
| <input type="checkbox"/> Sinusite             | <input type="checkbox"/> Bronchite           | <input type="checkbox"/> Coups de soleil   |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête         | <input type="checkbox"/> Maux de ventre      | <input type="checkbox"/> Vomissement       |
| <input type="checkbox"/> Constipation         | <input type="checkbox"/> Diarrhée            | <input type="checkbox"/> Autres :          |
| <input type="checkbox"/> Mal de route ou mer  | <input type="checkbox"/> Epilepsie           |  |

Pour les affections retenues, merci d'indiquer comment réagir, quel est le traitement habituel et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **À remplir par le chef de famille :**

Les informations contenues dans cette « fiche santé » sont réputées exactes et complètes

L'organisateur ne sera aucunement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document.

Je soussigné donne procuration au responsable pour prendre en mon nom, s'il n'a pu me contacter, les mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires.

Nom et prénoms du signataire : .....

Père –Mère –Tuteur <sup>(1)</sup>

Fait à .....

Le .....

Signature

<sup>(2)</sup> Si votre enfant n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'il n'a pas été vacciné dans les cinq dernières années, il est nécessaire qu'il soit en ordre de vaccination avant le camp !



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), ..... (Nom des parents, tuteurs, répondants) autorise mon fils / ma

filles .....  
à participer au camp du Patro Saint-Martin de Buzet qui se déroulera

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

à .....

Durant le camp, je place mon fils / ma fille sous l'autorité et la responsabilité des animateurs.

Au cas où, au cours du camp, l'état de santé de mon fils / ma fille réclamerait une décision

urgente et à défaut de pouvoir moi-même être contacté(e) personnellement, je laisse toute

initiative au médecin ou au chirurgien dans le choix de ce que le responsable du camp jugerait utile.

- J'autorise également l'utilisation de l'image de mon enfant sur le site internet du patro et dans les revues patro (Cochez la case si vous acceptez)

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

## Ce que tu dois prendre dans ta valise ou ton sac à dos :

- **Ton foulard !**
- Ton pull patro
- Ton matelas ou lit de camp (conseillé pour les 6-9)
- Ton sac de couchage
- 12 T-shirts
- 4-5 shorts
- Une douzaine de sous-vêtements
- Une douzaine de paires de chaussettes + quelques grosses paires pour la marche
- 4 pulls et un gros pour les veillées
- 2 pyjamas
- Ton K-W
- 3-4 gants de toilette
- 2 petits et 2 grands essuies
- Une trousse de toilette avec :
  - ta brosse à dents + dentifrice + gobelet
  - ton gel douche / savon
  - ton shampoing
  - une brosse à cheveux
- Tes médicaments si tu dois en prendre
- Ta crème solaire
- Ton maillot et ton bonnet
- Des slashes pour la douche
- Des baskets
- Une bonne paire de chaussures de marche
- Un sac à dos pour le hike
- Une casquette / un bob
- Une gourde
- Une lampe de poche + piles de rechange
- Des enveloppes, des timbres + adresses
- Un essuie vaisselle
- Un livre, une BD pour les siestes si tu le désires
- L'argent de poche n'est pas nécessaire... !



Le GSM est interdit pour les animés durant le camp. Il ne doit en aucun cas perturber les activités. Chaque animateur en possède un, il pourra ainsi prévenir en cas de besoin.

**N'oubliez rien ☺ !**

