



### Confidentiel

A remettre sous enveloppe fermée à l'animateur ou dans la boîte aux lettres de l'ECG

## Fiche « Santé » STAGE / Aidez-nous à connaître votre enfant !

Nous sommes soucieux d'offrir une animation adaptée à votre enfant, à sa santé et à ses rythmes. C'est pour cette raison que nous vous demandons de remplir soigneusement cette fiche « Santé ». N'hésitez pas à annexer un feuillet complémentaire ou à nous contacter, si nécessaire. Grâce à votre aide et à vos renseignements précis, nous éviterons les risques inutiles et assurerons à votre enfant un encadrement adapté pour un stage agréable et sans souci. Merci de nous tenir informés de l'évolution de l'état de santé de votre enfant entre son inscription et le début du stage.

### Participant

- Stage : ..... dates : ..... Animateur : .....
- Nom : ..... Prénom (F/M) : ..... Né(e) le : ...../...../.....
- Nom du responsable de l'enfant : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

- Personne à contacter en cas d'urgence (2 personnes différentes) :

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

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

- Nom du médecin traitant : ..... Localité : ..... Téléphone : .....

Collez ici **partiellement** deux vignettes de mutuelle du **participant (indispensable)**

### Lieux de vie

- Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille/ garde alternée/ institution/ grands-parents .....

### Loisirs

- Peut-il participer aux activités proposées (circomotricité, jonglerie, acrobatie, équilibre, aérien, percussion ...) ? oui / non

Si non lesquelles ? .....

Raison d'une éventuelle non-participation : .....

### Repas

- A-t-il/ elle un régime alimentaire particulier à suivre (ex : sans porc, végétarien, sans gluten ...) ? oui / non Si oui, lesquels ? .....

La part des frais médicaux non couverts par votre mutuelle et survenant au cours de la période du stage sont à notre charge. Nous n'intervenons cependant pas pour les frais qui découlent d'une aggravation d'état de santé conséquence d'un accident ou d'une maladie **antérieurs** au stage. **En cas de traitement médical en cours**, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du stage. Si vous le souhaitez, ils seront confiés au responsable avec toutes les indications utiles et nécessaires. **Attestation médicale indispensable**

<p><b>Santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités ?</li> </ul> <p>(ex : problème cardiaque, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, incontinence, migraine, constipation, saignement de nez, hypersensibilité au soleil, maladie contagieuse, affection de la peau ...)</p> <p><b>Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir (+ traitement). Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement.</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A-t-il/ elle subi une intervention chirurgicale ou maladie grave ? : oui / non</li> </ul> <p>Si oui, quand et laquelle ? : .....</p>
<p>Est-il/ elle <b>allergique</b> à une substance, aliment, médicament ou autre ? oui / non Lequel ?.....</p> <p>.....</p> <p>Quels sont les conséquences et traitements ? .....</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devra-t-il/ elle prendre des médicaments durant le stage ? oui/non</li> </ul> <p>Si oui (<b>attestation médicale indispensable</b>), lesquels, quand, pourquoi, quantité et durée ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-il/elle autonome dans sa prise de ses médicaments ? oui / non</li> </ul>
<p>Est-il/ elle en ordre de vaccination contre le tétanos ? oui / non</p>
<p>A-t-il/ elle des difficultés sensorielles particulières : - Porte-t-il/ elle un appareil auditif ? oui / non</p> <p>Porte-t-il/ elle des lunettes? oui/ non - Autres ? .....</p>
<p>Groupe sanguin : .....</p>
<p>A-t-il/ elle un handicap ? oui / non Si oui, lequel ? .....</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous <b>d'autres renseignements</b> utiles à transmettre au responsable du séjour :</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée d'un médecin, j'autorise les animateurs à administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient :** du paracétamol (antifièvre, antidouleur), du loperamide (anti diarrhée), de la crème à l'arnica (pour bosses et bleu), de la crème After Pick (piqûre, coup de soleil), du Cédium (désinfectant).

**Je soussigné(e) marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le stage de mon enfant par le responsable de l'école de cirque ou par le service médical qui y est associé. 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 urgente.** ( Dans la mesure du possible, nous tenterons de vous joindre par téléphone avant toute prise de décision).

**Je soussigné(e) donne mon accord pour l'inscription de la personne précitée aux conditions prescrites. Les informations que j'ai fournies dans cette « Fiche Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.**

**Nom du signataire :** ..... **Fonction (parents, tuteur légal, ...)** .....

**Signature :** ..... **Date :** .....

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs de l'école de cirque 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 stage.