



Fiche Médicale

ENFANT & JEUNE (-18 ANS)

1 exemplaire par participant, à compléter et à renvoyer par mail à animation@creeasbl.be
Cette fiche médicale restera confidentielle

Coordonnées du participant



Nom : Prénom :
 Adresse : N° : Boîte :
 Code postal : Localité :
 Genre : Femme Homme
 Date de naissance :

Lieu de vie : Famille Institution Grands-parents Autre :

Participant : Sourd(e) Malentendant(e) Entendant(e)
 Si entendant, quel lien avec la surdité ?

Langue maternelle : Langue des Signes Français oral Autre :

Communication en Langue des Signes : Oui Moyen Non

Le chef de famille, tuteur, responsable, personne de contact en cas d'urgence



Nom : Prénom :
 Adresse : N° : Boîte :
 Code postal : Localité :
 Téléphone : Fax :
 Gsm :
 Email :
 Lien de parenté :

Sourd(e) Malentendant(e) Entendant(e)

Le médecin de famille



Nom du médecin : Téléphone du médecin :
 Soigné par homéopathie : Oui Non
 Groupe sanguin : A- A+ B- B+ AB- AB+ O- O+
 Vacciné contre le tétanos : Oui Non
 Date du dernier rappel :

Les habitudes alimentaires



A-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non
 Si oui, lequel ? Pas de porc Pas de viande Pas de lait Autre :



Poids : kg Poids : kg Poids : kg
Taille : cm Taille : cm Taille : cm

1. A-t-il eu une maladie ou intervention grave ? Oui Non
Si oui, laquelle quand ?

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

2. A-t-il des allergies ? Oui Non
Si oui, lesquelles :

Médicaments : Oui Non
À quoi ? Quoi faire ?

Aliments : Oui Non
À quoi ? Quoi faire ?

Autres : Oui Non
À quoi ? Quoi faire ?

3. Le participant souffre-t-il (de manière permanente et régulière) de :

Affection de la peau : Oui Non	Maladie cardiaque : Oui Non
Asthme : Oui Non	Maladie contagieuse : Oui Non
Bronchite : Oui Non	Maux de tête : Oui Non
Constipation : Oui Non	Maux de ventre : Oui Non
Coups de soleil : Oui Non	Otite : Oui Non
Diabète : Oui Non	Saignements de nez : Oui Non
Diarrhée : Oui Non	Sinusite : Oui Non
Epilepsie : Oui Non	Somnambulisme : Oui Non
Incontinence : Oui Non	Vomissements : Oui Non
Insomnie : Oui Non	
Mal de route : Oui Non	

Autre : Oui Non
Si oui, quoi ?

Si oui, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions prendre ?

4. A-t-il des difficultés sensorielle ? Oui Non
Porte-t-il ? Appareil auditif Implant Rien
Est-il autonome dans la gestion de son appareil et/ou implant ? Oui Non
Porte-t-il des lunettes ? Oui Non

5. Souffre-t-il d'un handicap autre que la surdité ? Oui Non

Autres remarques à connaître sur le participant



!! POINTS D'ATTENTION : LES MÉDICAMENTS !!



1. Merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.
2. Nous vous rappelons que les médicaments sont personnels et ne peuvent pas être partagés entre les participants.

Remarques importantes concernant l'usage des médicaments



Les animateurs ont une boîte de premiers soins. Dans le cas de situation ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments ci-dessous à bon escient :

- Désinfectant (Iso Bétadine)
- Pommade réparatrice en cas de brûlure solaire (Biafine)
- Pommade calmante en cas de piqûres d'insectes (Calmiderme)
- Pommade en cas de coups ou hématomes (Arnica)

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 consentement.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier du participant et sont réservées à une utilisation interne par les animateurs du CREE 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.

Plan d'urgence Nucléaire : ACTION PREVENTIVE - IODE



Ne présente pas une allergie à l'iode

Donc, j'autorise le CREE Asbl à administrer le comprimé d'iode en cas d'urgence nucléaire survenant pendant les activités UNIQUEMENT suivant la recommandation du Ministère de la Santé Publique ou des Gouverneurs de Province.

Présente une allergie à l'iode et ne peut se voir administrer de l'iode

Signature



« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'activité par le responsable de l'activité 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 ma santé, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :

Date : Signature :