**Fiche d’inscription**

**Autorisation parentale - Fiche Santé**

Cher(s) parent(s),

En tant que parent ou tuteur, vous connaissez mieux que quiconque l’enfant que vous nous confiez. Nous vous demandons donc de remplir cette fiche santé le plus précisément possible, afin que nous puissions y trouver l’information nécessaire et préalable à tout soin en cas de maladie ou d’incident. N’hésitez pas à y indiquer tout ce qui pourrait nous aider à mieux cerner ou mieux comprendre votre enfant ainsi que toutes les informations qui nous permettront de réagir le plus adéquatement possible. Nous vous remercions pour votre collaboration,

L’équipe d’animation

Je soussigné (nom du représentant légal) : …………………………………………………………

autorise mon fils/ma fille à participer au stage qui aura lieu au Space Fun Games cet été.

NOM et PRÉNOM du participant………………………………………………………………………………………………

DATE DE NAISSANCE :…………………………….……………………………….……………………………….…………………

ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2 PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCE :

Nom ……………………………………………………………………..… Lien de parenté ………………………….……………………. Téléphone(s) …………………………………..………………………….……………………………………………………………………. Nom ……………………………………………………………………..… Lien de parenté ……………………….……………………. Téléphone(s) …………………………………..………………………….…………………………………………………………………….

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DE FAMILLE : ……………………………………..…..………………………………………………………………………………………………………

Y A-T-IL DES DONNÉES MÉDICALES SPÉCIFIQUES IMPORTANTES À CONNAÎTRE POUR LE BON DÉROULEMENT DE L’ACTIVITÉ ? (problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental…)

MERCI D’INDIQUER 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? (Merci d’indiquer l’année) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SI LE PARTICIPANT DOIT PRENDRE DES MÉDICAMENTS, IL DOIT ETRE TOTALEMENT AUTONOME DANS LA PRISE DE CES MÉDICAMENTS. (Nous rappelons que nous ne sommes pas autorisés à en administrer ET que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

REMARQUE : Les animateurs disposent d’une boite 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 : du paracétamol ; de la crème à l’arnica ; de la crème Euceta® ou Calendeel® ; du désinfectant (Cédium® ou Isobétadine® ) ; du Flamigel® .

 « Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant. 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. »

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par l’équipe 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 un an après le séjour si aucun dossier n’est ouvert.

DATE ET SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR,