



## JEUNESSE ADVENTISTE en Communauté Française (asbl)

Rue Ernest Allard 11, 1000 BRUXELLES

Tel. : +32 02 511 36 80 - Fax : +32 02 513 99 18

E-mail : info@jeunesseadventiste.be - Site Internet : www.aj-ja.be

### Fiche santé 2020 - 2021

### GROUPE / activité:

Veillez remettre ce document dûment complété au **responsable JA local**, qui devra pouvoir en disposer lors de chaque activité.

#### Le participant :

fille  garçon

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Date de naissance : .../.../.....

Téléphone : ..... GSM : ..... E-mail : .....

Numéro national : ..... (commence par la date de naissance inversée)

#### En cas d'urgence, prévenir :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

*et / ou :*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

#### Médecin traitant :

Nom : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

#### Activités – Repas – Sommeil

- Le jeune peut-il nager ? *OUI - NON*  
Si oui : il nage *avec difficulté – assez bien – bien*  
Quelles activités/sports ne peut-il pas pratiquer ? .....
- Suit-il un régime particulier ? *OUI - NON*  
Si oui, lequel ? .....
- Est-il somnambule ? *OUI - NON*  
Y a-t-il d'autres problèmes de sommeil ? *OUI - NON*  
Si oui, lesquels et comment faut-il y faire face ? .....

**Informations médicales :**

1. Groupe sanguin : .....  
Joignez si possible une copie de la carte de groupe sanguin.
2. Souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter, si nécessaire sur une autre feuille !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Coups de soleil			
Autres : ....			
....			

1. S'il a subi une maladie ou intervention grave, quand et laquelle ? .....
2. Est-il allergique ? *OUI / NON* Si OUI, à quoi ? .....
3. S'il doit prendre des médicaments, lesquels, quand et combien ?  
..... Poids : .....
4. A-t-il été vacciné contre le tétanos ? *OUI / NON* Date du vaccin : .....  
Date du dernier rappel ..... Joignez si possible une copie de la carte de vaccination.
5. Autres remarques utiles : .....

**Confidentialité :** conformément à la loi relative à la protection des données à caractère personnel du 8 décembre 1992, la confidentialité stricte de ces données est garantie par les organisateurs. Personne d'autre que le responsable désigné et si nécessaire le médecin consulté n'y aura accès. Cette Fiche Santé est gardée pendant l'année ou pendant l'activité en cours, après quoi elle sera détruite.

CADRE POUR UNE VIGNETTE

*Ne collez que l'extrémité svp.*

*Signature du jeune :*

CADRE POUR UNE VIGNETTE

*Ne collez que l'extrémité svp.*

*Pour les mineurs, signature des parents ou du responsable de l'enfant :*

*Date de signature:    ...../...../.....*