

Fiche santé individuelle / Individual health sheet / perséinleche Gesondeetsdossier

A compléter par les parents ou tout membre majeur au début de chaque année scout et avant le camp. Cette fiche a pour objectif de fournir les informations les plus précises de votre enfant / de vous-même en cas de nécessité. Elle servira de support aux responsables scouts ainsi qu'au personnel soignant si une intervention devrait avoir lieu.

Il est essentiel que les renseignements fournis soient complets, exacts et tenus à jour au moment du départ en camp / du début d'une activité.

Toute information manquante ou erronée peut compliquer la prise en charge en situation d'urgence.

Merci de remplir cette fiche avec le plus grand soin.

To be completed by parents or any adult member at the start of each scout year and before the camp.

This form aims to provide the most accurate information about your child / yourself in case of necessity. It will serve as a reference for scout leaders as well as healthcare personnel if an intervention is required.

It is essential that the information provided is complete, accurate, and up to date at the time of departure for the camp / the start of an activity.

Any missing or incorrect information may complicate emergency.

Please complete this form with the utmost care.

Auszefëlle vun den Elteren oder all erwuessenem Member um Ufank vun all Scoutsjoer a virum Camp.

Dëse Formulaire huet d'Zil, am Noutfall déi exakt Informatiounen iwwer Äert Kand / Iech selwer ze liwweren. En déngt als Referenz fir d'Cheffen an d'medezinescht Personal, falls eng Interventioun néideg wier.

Et ass wichteg, datt d'Informatiounen, déi ugi ginn, komplett, korrekt an aktuell sinn, an dëst zum Zäitpunkt vum Depart op de Camp oder am Ufank vun enger Aktivitéit.

All feelend oder falsch Informatiounen kënnen d'Betreiung an engem Noutfall erschwéieren.

Fëllt dëse Formulaire w.e.g. mat der gréisster Opmierksamkeet aus.

Partie 1 : Données personnelles, personal information, perséinlech Informatiounen

Identité du membre / scout, member / scout details, Identitéit Member / Scout

Prénom, surname, Virnumm : Nom, name, Numm :

Matricule, social security number, Matricule :

Adresse: No..... rue, street, Strooss :

Code postal, Zip code, Postleitzuel : Localité, town, Wunnuert :

E-mail : tél. / GSM, mobile phone, Telefonsnr. :

Personnes à contacter en cas d'urgence, contact details for emergencies, Noutfallkontakt

1. Nom, name, Numm : Lien de parenté, relationship, Relatioun :

Adresse :

E-mail : tél. / GSM, mobile phone, Telefonsnr. :

2. Nom, name, Numm : Lien de parenté, relationship, Relatioun :

Adresse :

E-mail : tél. / GSM, mobile phone, Telefonsnr. :



Partie 2 : Informations confidentielles concernant la santé du participant, Confidential information concerning the health of the participant, vertraulich Gesondheetsinformatiounen iwwert de Participant

Médecin(s) traitant(s), Attending physician, Hausdokter, behandelnde Spezialist

1. Nom, name, Numm - Adresse :

E-mail : tél. / GSM, phone, Telefonsnr. :

2. Nom, name, Numm - Adresse :

E-mail : tél. / GSM, phone, Telefonsnr. :

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation, etc.), *Is the participant able to take part in the activities proposed? (Sports, day trips, games, swimming, etc.), Duerf de Participant un all Aktivitéit deelhueen? (Sport, Ausflich, Spiller, schwammen, asw.)*

- ☐ Oui, yes, jo
- ☐ Non, no, nee
- ☐ Si oui, lesquelles, et raisons d'une éventuelle non-participation, *If so, which ones, and reasons, for any non-participation, Falls jo, wéi eng, an d'Grënn fir all Net-Participatioun*
-

Le participant sait nager, *The participant can swim, De Participant ka schwammen* :

- ☐ Oui, yes, jo
- ☐ Non, no, nee

Le participant a, *The participant has, De Participant huet* :

- ☐ Diabète, *Diabetes*,
- ☐ Épilepsie, *Epilepsy, Epilepsie*
- ☐ Asthme, *Asthma*
- ☐ Allergies, *Allergies, Allergien*
- ☐ Si oui, spécifiez, *If yes, specify, Falls jo, wéi eng*
- ☐ Risque de choc anaphylactique, *Risk of anaphylactic shock, Risiko vun engem anaphylaktesche Schock*
- ☐ Oui, yes, jo ☐ Non, no, nee

Troubles du comportement / troubles d'apprentissage, *Behavioural disorders / learning difficulties, Verhalensstéierungen / Léierschwierigkeiten* :

- ☐ Oui, yes, jo
- ☐ Non, no, nee

Si oui : traitement médical / besoins spécifiques, *if yes: medical treatment / special needs, Wa jo: medezinesch Behandlung / besonnesch Bedierfnisser*

.....

Handicap physique ou mental, *Physical or mental handicap, physech oder geeschteg Behënnerung*:

- ☐ Oui, yes, jo
- ☐ Non, no, nee



Si oui, spécifiez, *If yes, specify, Falls jo, wéi eng*

Trouble mental / neurodéveloppemental (dépressions, anxiété, TOC, TDA(H) – AD(H)S, spectre autistique, etc.) :

Mental / neurodevelopmental disorders (depression, anxiety, OCD, ADHD, ADD, autism spectrum, etc.):

Mental- / Neuroentwicklungsstörungen (Depressionen, Angstzustände, Zwangsstörungen, ADHS, Autismus-spektrum, etc.):

☐ Oui, yes, jo

☐ Non, no, nee

Si oui, spécifiez, *If yes, specify, Falls jo, wéi eng*

Enurésie nocturne, *Nocturnal enuresis (bedwetting), Enuresis (Bettnässen)*:

☐ Oui, yes, jo

☐ Non, no, nee

Autres Maladies ? Veuillez préciser, *Other medical conditions? Please specify. Aner Erkrankungen? Falls jo, wéi eng?*

.....
.....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'a dû subir le participant ? (+ années respectives)
(rougeole, appendicite, etc.)

What illnesses or medical interventions has the participant experienced? (in what year?) (measles, appendicitis, etc.)

Wéi eng Krankheeten oder medezinesch Interventiounen huet de Participant gehat? (a wéi engem Joer?) (Riedelen, Blinddarmenzündung, etc)

.....
.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos? *Are the participants' tetanus vaccinations up to date? Ass de Participant mat sengen Tetanus-Impfungen op dem neiste Stand?*

☐ Oui, yes, jo

☐ Non, no, nee

Date du dernier rappel, *date of last vaccination, Datum vum läschte Rappel*

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le FSME ?, *Is the participant up to date with their TBE vaccinations? Ass de Participant mat sengen FSME-Impfungen op dem neiste Stand?*

☐ Oui, yes, jo

☐ Non, no, nee

Date du dernier rappel, *date of last vaccination, Datum vum läschte Rappel*

Le participant doit-il prendre des médicaments ? OUI / NON

Does the participant need to take any medication? YES / NO Muss de Participant Medikamenter huelen? JO / NEE

Nom du médicament <i>Name of the medicine, Numm vum Medikament</i>	En quelle quantité ? <i>What dose? Wéi eng Dosis ?</i>	Quand ? <i>When ? Wéini ?</i>



Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI / NON (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Can they take these medicines independently? YES / NO (Please note that medicines must not be shared between participants)

Kënne si dës Medikamenter eleng huelen? JO / NEE (Mir erënneren drun, dass d'Medikamenter net tëscht de Participantë däerfe gedeelt ginn)

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants, Other information regarding the participant that you deem to be important. Aner Informatiounen iwwert de Participant, déi Dir als wichteg empfannt ?

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

Partie 3 : Alimentation, Dietary requirements, Ernährung

Le participant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Does the participant follow a special diet? Huet de Participant ee spezielle Regimm?

- ☐ Oui, yes, jo
☐ Non, no, nee

Si oui, laquelle ? Végétarien, végétan, etc., If yes, which diet? Vegetarian, vegan, etc., Wa jo, wéi eng? Vegetarier, Vegan, etc.

Le participant a-t-il une intolérance alimentaire ? Does the participant have any food intolerances? Huet de Participant Liewensmëttelintoleranzen?

- ☐ Oui, yes, jo
☐ Non, no, nee

Si oui, spécifiez, If yes, specify, Falls jo, wéi eng

Le participant a-t-il une allergie alimentaire ? Does the participant have any food allergies? Huet de Participant Liewensmëttelallergien?

- ☐ Oui, yes, jo
☐ Non, no, nee

Si oui, spécifiez, If yes, specify, Falls jo, wéi eng

Partie 4 : Documents à joindre en recto/verso, Documents to be attached (front and back), Dokumenter, déi bäizefüge sinn (béidsäiteg)

- Carte d'identité, ID card, Identitéitskaart
- Carte de sécurité sociale, social security card, Matriculeskaart
- Carnet de vaccination, vaccination card, Impfpass
- Carte CMCM ou autre (s'il y en a), additional insurance (if any), Zousazversécherung (falls zoutreffend)



Remarques :

- a) Les responsables scouts disposent d'une boîte 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 : Paracetamol, Reparil®, désinfectant (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®.
- b) « J'autorise le médecin 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 à défaut de pouvoir être contacté personnellement. »
- c) Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.
- d) Le Participant ou en cas de minorité d'âge son représentant légal, donne par la signature de la présente fiche son consentement à ce que la FNEL / le groupe utilise les données personnelles y reprises en cas de nécessité et pourra les transmettre au personnel soignant.

Notes:

- a) The leaders have a first-aid kit at their disposal. If necessary or pending the arrival of a doctor, they can administer the following medication, provided they do so judiciously: Paracetamol, Reparil®, disinfectant (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®.
- b) 'I authorise the doctor to make any urgent and vital decisions to safeguard the child's health, even if this involves surgical intervention, should it not be possible to contact me personally.'
- c) The information contained in the health sheet is confidential. It may therefore not be disclosed to anyone other than the attending doctor or other medical personnel.
- d) By signing this form, the participant (or, in the case of a minor, their legal representative) gives consent for the FNEL / the group to use the personal data contained herein where necessary, including passing it on to healthcare staff.

Bemerkungen:

- a) D'Scoutsresponsabel hunn eng Éischt-Hëllef-Këscht dobäi. Falls néideg oder wa si op d'Arrivée vum Dokter waarden, däerfe si déi hei ënnendrénger genannte Medikamenter sachgerecht an entspriechend der Situatioun aginn: Paracetamol, Reparil®, Desinfektiounsmëttel (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®.
- b) „Ech erlaben dem Dokter, déi Decisiounen ze huelen, déi hien als dréngend an néideg ugesäit, fir de Gesondheitszoustand vum Kand ze sécheren, och wann et sech ëm eng chirurgesch Interventioun handelt, dëst, falls ech perséinlech net erreechbar sollt sinn.“
- c) D'Informatiounen, déi an der Gesondheitsfiche enthalen sinn, si vertraulich. Déi hei matgedeelten Informatiounen däerfen dofir net weidergi ginn, ausser un den Dokter oder un aner konsultéiert medezinesch Fachleit.
- d) De Participant oder, wann et sech ëm e Mannerjäregen handelt, säi gesetzleche Vertreder, gëtt mat der Ënnerschrëft vun dëser Fiche säin Accord, datt d'FNEL / de Grupp déi hei ugi perséinlech Donnéeën, falls néideg, benotze kann, an dës un d'medezinesch Fachpersonal weidergeleet kënnen ginn.

Date et signature :

