

**Confidentiel**

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

Fiche « Santé » ADULTES**Aide-nous à mieux te connaître!**

Nous sommes soucieux de t'offrir une animation adaptée à ta santé et à tes rythmes. C'est pour cette raison que nous te demandons de remplir soigneusement cette fiche « Santé ». N'hésite pas à annexer un feuillet complémentaire ou à nous contacter, si nécessaire. Grâce à ton aide et à tes renseignements précis, nous éviterons les risques inutiles et t'assurerons un encadrement adapté pour des ateliers ou stages agréables et sans souci. Merci de nous tenir informés de l'évolution de ton état de santé durant toute la durée de ton inscription.

Participant

- Atelier : Jour : Animateur :
- Nom : Prénom (F/M) : Né(e) le :/...../.....

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 :

Colle ici **partiellement** deux vignettes de ta mutuelle (**indispensable**)

Lieux de vie

- Où vis- tu habituellement ?

Loisirs

- Peux- tu participer aux activités proposées (jonglerie, acrobatie, aérien, équilibre, percussion, etc. ...) ? oui / non

Si non lesquelles ?.....

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

Repas

- As-tu un régime alimentaire particulier à suivre (ex : sans porc, végétarien, sans gluten ...) ? oui / non Si oui, lesquels ?

Les frais médicaux survenant au cours de la période de l'atelier sont à notre charge **pendant** cet atelier. 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** à l'atelier. **En cas de traitement médical en cours**, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée de l'atelier. Si vous le souhaitez, ils seront confiés au responsable avec toutes les indications utiles et nécessaires. **Attestation médicale indispensable**

<p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités ? <p>(ex : problème cardiaque, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, migraine, constipation, saignement de nez, hypersensibilité au soleil, maladie contagieuse, affection de la peau ...)</p> <p>Indique 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.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • As-tu subi une intervention chirurgicale ou maladie grave ? : oui / non <p>Si oui, quand et laquelle ? :</p>
<p>Es-tu allergique 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"> • Dois-tu prendre des médicaments durant l'atelier ? oui/non <p>Si oui (attestation médicale indispensable), lesquels, quand, pourquoi, quantité et durée ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es-tu autonome dans la prise de ses médicaments ? oui / non
<p>Es-tu en ordre de vaccination contre le tétanos ? oui / non</p>
<p>Groupe sanguin :</p>
<p>As-tu des difficultés sensorielles particulières : - Portes-tu un appareil auditif ? oui / non</p> <p>Portes-tu des lunettes? oui/ non - Autres ?</p> <p>As-tu un handicap ? oui / non Si oui, lequel ?</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • As-tu d'autres renseignements utiles à transmettre au responsable de l'atelier : <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 lopéramide (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 l'atelier par le l'animateur ou 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 mon état de santé, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale urgente.

. 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 et prénom du participant :

Signature : **Date :**

Ces informations seront utilisées pour ton suivi journalier et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs de l'école de cirque et le cas échéant par les prestataires de soins consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, tu peux les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites après l'année scolaire.
ECG 2014 adulte