

## Fiche médicale

1 par participant·e ; à compléter par le parent/tuteur·rice ou le/la participant·e si il/elle est majeur·e, signer et renvoyer aux JSB Jeunesses Scientifiques, av. Latérale 17 - 1180 Bruxelles | email: inscription@jsb.be | Tel: 02 537 03 25 | Fax: 02 537 08 02

Nom et prénom du/de la participant·e : .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Le/la participant·e est-il soigné·e par  homéopathie /  allopathie ?

Le/la participant·e peut-il/elle pleinement prendre part à tout type d'activités proposées ? (sport, marche, jeux, natation, ...)  Oui /  Non

Raisons qui pourraient faire obstacle à cette participation : .....

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquer aussi 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 subies par le/la participant·e ? (+ année ?) (rougeole, appendicite, ...)

.....

Le/la participant·e est-il/elle vacciné·e contre le tétanos ?  Oui /  Non (Si oui, en quelle année ? .....

Le/la participant·e est-il/elle allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?  Oui /  Non

Si oui, lesquels ? .....

Quelles en sont les conséquences ? .....

Le/la participant·e doit-il/elle prendre des médicaments ? Si oui lesquels, en quelle quantité et quand ?

.....

Est-il/elle autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participant·e·s).

.....

Le/la participant·e suit-il/elle un régime alimentaire particulier ?  Oui / Non

Si oui, lequel ? .....

Autres renseignements concernant le/la participant·e que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...).

.....

.....

### Remarque importante concernant l'usage de médicaments :

Les animateur·rice·s disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils/elles peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.

Du désinfectant; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.

En cas d'urgence, les parents/tuteur·rice·s seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils/elles ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.

### Le cadre d'utilisation de ces informations :

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateur·rice·s et, le cas échéant, par les prestataires de santé consultés. Vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

## Fiche individuelle et autorisation parentale

1 par participant·e ; à compléter par le parent/tuteur·rice ou le/la participant·e si il/elle est majeur·e, signer et renvoyer aux JSB Jeunesses Scientifiques, av. Latérale 17 - 1180 Bruxelles | email: inscription@jsb.be | Tel: 02 537 03 25 | Fax: 02 537 08 02

Nom et dates de l'activité : .....

### Identité du/de la participant·e

Nom : ..... Prénom : ..... N°registre national\*: ..... Sexe : M / F

Date de naissance : ..... GSM du participant·e (facultatif) : .....

Adresse : ..... N°/boîte : .....

CP : ..... Localité : .....

### Renseignements

Type d'enseignement suivi : ..... Année : .....

Langue usuelle : ..... Activités favorites : .....

### Personne(s) de contact :

1<sup>re</sup> personne | Lien avec le/la participant·e (parent, oncle, etc.) : .....

N°registre national\*: .....

Prénom : ..... Nom : .....

Adresse : .....

Tel (GSM de préférence) : .....

Adresse e-mail : .....

2<sup>e</sup> personne | Lien avec le/la participant·e (parent, oncle, etc.) : .....

Prénom : ..... Nom : .....

Tel (GSM de préférence) : .....

3<sup>e</sup> personne | Lien avec le/la participant·e (parent, oncle, etc.) : .....

Prénom : ..... Nom : .....

Tel (GSM de préférence) : .....

### Autorisation parentale ou du/de la participant·e :

#### Je soussigné·e, tuteur·rice du participant·e ou en tant que majeur·e, déclare :

- Par la présente, j'autorise le/la mineur·e d'âge ci-dessus ou moi-même étant majeur à participer à l'activité susmentionnée.
  - accepter que le/la participant·e puisse sortir du lieu habituel du stage dans le cadre d'une activité organisée par l'équipe d'encadrement;
  - de bonne foi, que mon enfant (ou moi-même) est dans un état de santé tel qu'il ne peut compromettre sa propre sécurité ni celle des autres participants;
  - Nous enregistrons vos données personnelles afin de pouvoir assurer le suivi administratif, financier et opérationnel de l'inscription de votre (vos) enfant(s) à nos activités. En inscrivant votre enfant ou vous-même, vous donnez votre consentement pour l'utilisation de vos données personnelles dans ce cadre. Vous pouvez prendre connaissance de notre politique d'utilisation des données personnelles sur [https://www.jsb.be/wp-content/uploads/SITWEB\\_politique-utilisation-donnees-perso\\_20180613.pdf](https://www.jsb.be/wp-content/uploads/SITWEB_politique-utilisation-donnees-perso_20180613.pdf)
- Je ne souhaite pas recevoir la newsletter
- avoir pris connaissance du projet pédagogique et du règlement d'ordre intérieur sur jsb.be
  - Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant ou moi-même par le/la responsable du centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il/elle juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Écrire à la main : « Lu et approuvé »

Signature, date et nom du signataire :

Je souhaite recevoir la newsletter  Je souhaite recevoir le bimestriel d'information sur les activités des JSB

\*INDISPENSABLE pour la déduction fiscale des frais de garde d'enfants de moins de 14 ans. Merci de renseigner le numéro national du parent qui a l'enfant à sa charge.