Zurich, 27. novembre 2020

Secrétariat Général
Sihlstrasse 33, Case postale

8021 Zürich

Téléphone: 044 213 20 40

cevi@cevi.ch

www.cevi.ch

**FICHE DE SANTÉ**

Pour les activités avec le Cevi

**1. DONNÉES PERSONNELLES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **v/o** |
| **Adresse** | **Lieu** | **Téléphone** |

**2. CONTACT EN CAS D’URGENCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Adresse** |
| **Lieu** | **Téléphone** | **Téléphone portable** |

**3. MÉDECIN ET ASSURANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du médecin traitant**  | **Téléphone** |

L'assurance est à la charge des personnes participantes

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’assurance accident** | **Numéro de la ligne d’assistance** |
| **Nom de la caisse maladie** | **Numéro de la ligne d’assistance** |
| **Nom de l’assurance responsabilité civil** | **Numéro de la ligne d’assistance** |

**4. ETAT DE SANTÉ**

Y a-t-il eu récemment des accidents, des maladies ou des opérations ?

|  |
| --- |
| **Accident, maladie, opération récent(e)** |
| **Médecin traitant** | **Téléphone du médecin** |

**5. ALLERGIES & INTOLÉRANCES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conséquence** | **Médicament** | **Commentaire** |
| **Asthme** |  |  |  |
| **Piqûre d'abeille/ de guêpe** |  |  |  |
| **Rhume des foins** |  |  |  |
| **Alimentaire** |  |  |  |
| **Médicament/Excipient** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |

**6. AUTRES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maladie chroniques** | **Commentaires** |

|  |
| --- |
| **Autres commentaires et recommandations** |

**Niveau de nageur\*euse:**

* Non-nageur\*euse
* Débutant
* Avancé

**7. DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS**

* **Si nécessaire** et en tenant compte des éventuelles allergies, le/la participant\*e peut se voir administrer des **médicaments sans ordonnance** (par exemple des analgésiques) de manière indépendante par l'équipe de direction. \*
* Le/la participant\*e **ne doit pas recevoir de médicaments sans ordonnance** (par exemple, des analgésiques) sans avoir consulté ses parents/tuteurs légaux.
* En cas de réaction allergique grave, un agent antiallergique peut être administré au/à la participant\*e. \*
* Le/la participant\*e **doit** recevoir une **médication régulière** de la part de l'équipe de direction. Veuillez indiquer les médicaments qui doivent être administrés au participant sur une base régulière :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Dosage** | **Réglementation de l’admission** |

* Le/la participant\*e prend des médicaments de façon régulière et autonome.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Dosage** | **Réglementation de l’admission** |

L'équipe de direction se réserve le droit de consulter un médecin en cas d'urgence, sans consultation. Les parents/tuteurs légaux seront informés dès que possible dès que les soins médicaux seront assurés.

\*La liste des médicaments transportés et de leur utilisation éventuelle est jointe.

**Lieu Date Signature du représentant légal:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. PRISE MÉDICAMENTEUSE DE PARTICIPANT\*E**

Ce tableau est utilisé pour enregistrer la prise médicamenteuse.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Heure** | **Médicament** | **Dosage** | **Symptôme** | **Visa** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |