

**District : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : المنطقة**

**Groupe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : الفوج**

**Unite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الوحدة:**

**FICHE DE Santé  
السجلّ الصحّي**

**Identification التعريف**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et prénom :** |  | **الإسم والشهرة :** |
| **Prénom du père :** |  | **إسم الأب :** |
| * **Téléphone fixe:** |  | * **رقم هاتف الأب:** |
| * **Téléphone portable:** |  | * **رقم الأب الخليوي:** |
| **Nom et prénom de la mère :** |  | **إسم الأمّ وشهرتها :** |
| * **Téléphone fixe:** |  | * **رقم هاتف الأب:** |
| * **Téléphone portable:** |  | * **رقم الأب الخليوي:** |
| **Date de naissance :** |  | **تاريخ الولادة :** |
| **Lieu de naissance :** |  | **مكان الولادة :** |
| **Adresse :** |  | **العنوان :** |
| **Téléphone fixe :** |  | **رقم الهاتف :** |
| **Téléphone portable :** |  | **رقم الخليوي :** |
| **Groupe sanguin :** |  | **فئة الدم :** |
| **No de la carte scoute :** |  | **رقم البطاقة الكشفيّة :** |
| **Nom et numéro du Médecin traitant:** |  | **إسم ورقم هاتف الطبيب المعالج:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Est-ce que votre enfant présente une maladie chronique ou récurrente ?** | | | | **Oui**  **Non** | |  | **نعم لا** | **هل يعاني الولد من أي مرضٍ مزمنٍ أو متكرّر؟** | | |
| Si oui, préciser : | | | |  | | | | في حال الإيجاب، الرجاء تحديده: | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Est-ce que votre enfant présente des allergies ?** | | | | **Oui**  **Non** | |  | **نعم لا** | **هل يعاني الولد من أيّ حساسيّة؟** | | |
| **Type d’allergie** | | **Produit allergisant et conduite à tenir**  **مسبّب الحساسيّة وكيفيّة مواجهة الحالة** | | | | | | | | **نوع الحساسية** |
| **Alimentaire** | |  | | | | | | | | **حساسيّة ضدّ نوعٍ معيّن من الطعام** |
| **Médicamenteuse** | |  | | | | | | | | **حساسية ضدّ دواء معيّن** |
| **Animaux / piqûres d’insectes** | |  | | | | | | | | **حساسيّة ضدّ حيواناتٍ أو لدعات حشرات معيّنة** |
| **Environnement** | |  | | | | | | | | **حساسيّة ضدّ عامل بيئيّ معيّن (غبار الأزهار...)** |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Y a-t-il des activités sportives que votre enfant doit éviter ?** | | | | **Oui**  **Non** | |  | **نعم لا** | **هل من نشاطٍ رياضيّ ينبغي على الولد تجنّبه؟** | | |
| Si oui, préciser : | | | |  | | | | في حال الإيجاب، الرجاء تحديده: | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Y a-t-il un régime alimentaire que votre enfant doit suivre ?** | | | | **Oui**  **Non** | |  | **نعم لا** | **هل من حميةٍ غذائيّةٍ معيّنة ينبغي على الولد إتّباعها؟** | | |
| Si oui, préciser : | | | |  | | | | في حال الإيجاب، الرجاء تحديدها : | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Date du dernier rappel du vaccin anti-tétanique :** | | | |  | | | | **تاريخ إجراء التذكير الأخير للّقاح ضدّ الكزاز:** | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Traitement actuel (A remplir avant le camp)**  Prière de remplir le tableau suivant ou de joindre une copie de l’ordonnance médicale si la prise du traitement est nécessaire durant le camp. Tout médicament que l’enfant doit prendre durant le camp doit être étiqueté et remis au chef / à la cheftaine dès l’arrivée au camp.  *Pour les filles : prière de mentionner si votre fille prend des médicaments pour des règles douloureuses.* | | | | | |  | **العلاج الحالي (الرجاء تعبئة هذه القسيمة قبل المخيّم)**  يُرجى تعبئة الجدول التالي أو إرفاق الوصفة الطبيّة به في حال ضرورة إتّباع الولد لعلاج معيّن في أثناء المخيّم. ومن الضروري إلصاق ورقة إرشادات على كلّ دواء ينبغي على الولد أن يأخذه في المخيّم وتسليمه إلى القائد أو القائدة فور الوصول.  *تنبيه خاص بالفتيات: في حال كانت الفتاة تأخذ دواءً معيّنًا مسكّنًا للألم في فترة الميعاد يُرجى تحديده.* | | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Date début traitement**  **تاريخ البدء بالعلاج** | **Date fin traitement**  **تاريخ إنتهاء العلاج** | | **Médicament**  **الدواء** | | **Posologie**  **الجرعة وطريقة الإستعمال** | | | **Horaire**  **الأوقات** | **Observations**  **ملاحظات** | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
| **Information, autorisation et consentement du responsable légal de l’enfant**  **ASSURANCE**  Tous les membres de l’association « Les Scouts du Liban » sont couverts par l’assurance AXA Middle East, et ce pour tout accident se présentant lors d’un camp ou d’une activité scoute (mis à part les activités sportives à risque, les accidents de la voie publique et les soins médicaux dentaires).  **AUTORISATION ET CONSENTEMENT DU RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT**  En signant la présente, j’autorise la maîtrise de l’unité à prodiguer tous les premiers soins nécessaires en cas de besoin. Si le chef / la cheftaine le juge pertinent, je l’autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autre moyen de transport, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s’il est impossible de joindre un parent ou un tuteur, j’autorise le médecin choisi par le chef / la cheftaine à prodiguer à l’enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris les soins urgents, les explorations, l’hospitalisation, l’administration de traitements, l’anesthésie et la pratique d’une intervention chirurgicale urgente. | | | | | |  | **علم، إذن وموافقة وليّ الأمر**  **التأمين**  تغطّي شركة التأمين AXA Middle East كلّ أعضاء "جمعيّة كشّافة لبنان" ضدّ أيّ حادث قد يطرأ في أيّ مخيّم أو نشاط كشفي (باستثناء النشاطات الرياضيّة الخطرة وحوادث الطرقات العامّة وعلاجات الأسنان).  **إذن وموافقة وليّ الأمر**  بتوقيعي على هذا السجلّ، أمنح قيادة الوحدة الإذن بإجراء الإسعافات الأوّليّة الضرورية لولَدي عند الحاجة. كما وأمنح القائد/القائدة الإذن بنقله بسيّارة الإسعاف أو أيّ وسيلة نقلٍ أخرى إلى أيّ مستوصف أو مستشفى عند الاقتضاء. وفي حال تعذُّر إمكانيّة الاتّصال بأحد الوالدين أو بوليّ الأمر، أمنح الطبيب الذي يختاره القائد/القائدة الإذن بإجراء العلاجات الطبيّة كافّة التي تتطلّبها حالته، بما فيه الإسعافات الطبيّة الطارئة والفحوصات والإستشفاء والعلاجات كافّة والبنج والعمليات الجراحية الطارئة. | | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | | |

**Je soussigné(e), responsable légal de   
  
l’enfant , déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche.**

**أنا الموقّع(ة) أدناه، ولي(ة) أمر**

**أؤكّد صحّة المعلومات الواردة في هذا السجلّ ودقّتها.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |
| **Année scoute**  **السنة الكشفية** | **Date**  **التاريخ** | **Nom**  **الإسم** | | | **Signature\***  **التوقيع\*** |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| *\* Signature à renouveler lors de chaque mise à jour de la Fiche de Santé.* | | |  | *\* ينبغي تجديد التوقيع مع كلّ تعديلٍ يتمّ إجراؤه على السجلّ الصحّي.* | |