



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M / F

Cette fiche destinée aux responsables de l'unité résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera restituée à la fin de l'année avec les observations éventuelles des responsables.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

N° de sécurité sociale : Nom de l'assuré :

Adresse du centre payeur :

2. VACCINATIONS :

Joindre une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou une copie du carnet de vaccinations ou une attestation d'un médecin.

Descriptif	Nom du vaccin	Descriptif	Nom du vaccin
Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Polio	<input type="radio"/> Infanrix <input type="radio"/> Boostrix <input type="radio"/> Repevax <input type="radio"/> Tetravac	Hépatite B	<input type="radio"/> Engérix <input type="radio"/> Genhevac <input type="radio"/> HBVax...)
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	<input type="radio"/> DT Polio <input type="radio"/> Revaxis	Tuberculose	<input type="radio"/> BCG <input type="radio"/> Monovax...
Ou Tétanos seul	<input type="radio"/> Tetavax	Rougeole-oreillons-rubéole	<input type="radio"/> ROR
Ou Polio seul	<input type="radio"/> Imovax polio...		<input type="radio"/> Priorix

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :

Problèmes de santé passés (Maladies, accidents, hospitalisations, opérations,...):

Descriptif	Dates

Problèmes de santé actuels / Points d'attention à prendre en compte

Doit-il suivre un traitement et lequel ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
<i>Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant, avec la notice)</i>		
Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, ... ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
A-t-il des problèmes alimentaires ? (ne mange pas certains aliments, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
A-t-il des problèmes de sommeil ? (difficultés à s'endormir, besoin de veilleuse, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
Mouille-t-il son lit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> non	
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

NOM :

PRENOM :

Partie à compléter en début d'année / lors de l'inscription

4- RECOMMANDATIONS DE DEBUT D'ANNEE :

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

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables scouts à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) :

Partie à compléter avant le camp d'été

4- RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES EN VUE DU CAMP D'ETE

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

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prénom	Adresse pendant le camp	Téléphone 1	Téléphone 2

J'atteste avoir mis à jour la présente fiche en fonction des évènements survenus depuis le début de l'année (exple : nouvelle allergie, nouveau vaccin, nouveau traitement...)

Date :

Signature(s) :

Réservé Camp d'été

OBSERVATIONS A L'INTENTION DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

L'assistant sanitaire et la maîtrise :

Le médecin:

(En cas de maladie ou d'accident, merci au médecin qui a examiné l'enfant de préciser ici ses conclusions ainsi que ses coordonnées)