



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

202...-202...



I - ENFANT : fille garçon Date de naissance : Unité :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de sécurité Sociale :

Nom et Numéro de votre Mutuelle :

II - RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Filiation : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : portable :

Filiation : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : portable :

III - POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT

Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez ; régime alimentaire ; hyperactivité, handicap ; prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact ? etc.

.....

.....

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui non

Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**
- NON.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle scout peut être proposé.

Remarques utiles :

.....

.....

Autres informations utiles :

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

IV – ALLERGIES :

Médicamenteuses : oui non

Asthme : oui non

Alimentaires : oui non

Autres : oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

V – VACCINATIONS :

A joindre obligatoirement des photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, ou copie d'un certificat de vaccination délivré par le médecin traitant.

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'adulte n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Pour infos :

ANTIDIPHTERIQUE – ANTITENIQUE – ANTIPOLIOMYELITIQUE : vaccination effectuée dans la petite enfance puis à 6 ans, à 11 ans, à 25 ans, à 45 ans, à 65 ans puis tous les 10 ans

VI – MEDECIN TRAITANT REFERENT :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Je soussigné, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche.

Je m'engage également à signaler tout changement pouvant être apporté à cette fiche afin que les renseignements qui y figure demeurent exact et à jour. Une nouvelle signature devra y être apposée avec la date de modification.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles sont destinées à l'administration de l'association pour les contrôles de la DDCCS et au responsable sanitaire afin de lui indiquer la marche à suivre en cas de problème. Elles sont conservées pendant la durée strictement nécessaire c'est-à-dire 1 an puis détruites. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation, portabilité ou effacement en contactant le responsable de groupe.

Date :

Signature :

A L'ATTENTION DES FAMILLES :

Nom du responsable sanitaire :

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....