



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Saison 20...../20.....

Cette fiche destinée aux responsables de l'unité, résume les renseignements concernant la santé de votre enfant.

PHOTO
OBLIGATOIRE

UNITÉ : _____

IDENTITÉ

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1

PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.

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 existe sur doc en stock.

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, votre fille est-elle réglée ? etc.

--

ALLERGIES

Aliments, médicaments, asthme, autres	Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

**VACCINATIONS**

Vaccin	Oui	Non	Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) obligatoire			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae			
Hépatite B			
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)			
Tuberculose (BCG)			
Papillomavirus (HPV)			
Méningocoque C			
Pneumocoque			

Autre	Hépatite A	Typhoïde	Fièvre jaune	Rage
Date				

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

Date :

Signature :

Je soussigné.e, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature des parents :

Observations pendant le séjour :