



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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. ENFANT : NOM : PRENOM :
Sexe : M F Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale Nom de l'assuré Numéro d'adhérent

2. VACCINATIONS : (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

Vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, polio. Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de préciser pourquoi :

3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :

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

Descriptif	Dates

Problèmes de santé actuels :
Doit-il suivre un traitement et lequel ?
..

(Si oui, merci de nous remettre l'ordonnance avec les médicaments)
A-t-il des allergies et à quoi ?

Mode de vie :
Fait-il du sport de manière régulière ? si oui, lequel ou lesquels?

Fait-t-il d'autres activités régulières (artistiques, culturelles ...) ? lesquelles ?

Points d'attention à prendre en compte :
Sommeil : Mouille-t-il son lit la nuit ?
Alimentation :
Autres :

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

4- RECOMMANDATIONS DE DEBUT D'ANNEE :

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2	Pendant le camp

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) :

6- AUTRES RECOMMANDATIONS EN VUE DU CAMP D'ETE :

(à remplir juste avant le camp)

Date :

Signature :

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)