

IDENTITÉ

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

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

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

PROBLEMES DE SANTE PASSÉS ET ACTUELS (Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates)

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

Conduite à tenir

Troubles du sommeil	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Mouille son lit la nuit	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Saignement de nez	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Régime alimentaire	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Hyperactivité ou handicap	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Appareils dentaires ou prothèses auditives	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Port de Lunettes ou lentilles de contact	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Votre fille est-elle réglée ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Autre :			

ALLERGIES

Aliments, médicaments

Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

VACCINATIONS

- Je remplis le tableau ci-dessous **OU**
- Je joins une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé (Dans ces cas, ne pas remplir les tableaux suivants)

Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)			Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	Infanrix Hexa® Hexyon®	Pentavac®	Repevax®	Revaxis®
Coqueluche			Boostrix®	
Haemophilus influenzae		Engerix B® Genhevac®		
Hépatite B				

Maladie	Nom du vaccin	Nombre d'injections reçues
Méningocoque C	Neisvac® Meningitec®	
Pneumocoque	Prevenar®	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	Priorix®	
Tuberculose	BCG	

Autre	Hépatite A (Avaxim®, Vaqta®, Havrix®)	Typhoïde (Typhim®)	Fièvre jaune (Stamaril®)	Rage (Vaccin rabique)	Autre
Date					

Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.

A signer à l'inscription

Nom/ prénom du parent	Date	Signature

A signer seulement avant le départ en camp d'été

Nom/ prénom du parent	Date	Signature