



Photo

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.

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : M / F Date de naissance : ____/____/____.

Numéro de sécurité sociale _____
Nom de l'assuré _____

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	☐ Infanrix ☐ Boostrix ☐ Repevax ☐ Tetravac	____/____/____
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	☐ DT Polio ☐ Revaxis	____/____/____
Ou Tétanos seul	☐ Tetavax	____/____/____
Ou Polio seul	☐ Imovax polio...	____/____/____
Tuberculose	☐ BCG ☐ Monovax...	____/____/____
Hépatite B	☐ Engérix ☐ Genhevac ☐ HBVax...)	____/____/____
Rougeole-oreillons-rubéole	☐ ROR ☐ Priorix)	____/____/____

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

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

Descriptif	Date
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____

Problèmes de santé actuels (Doit-il suivre un traitement et lequel ?)

(Si oui, merci de nous remettre l'ordonnance avec les médicaments)

Traitement 1 : _____ ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Autre _____Traitement 2 : _____ ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Autre _____Traitement 3 : _____ ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Autre _____Traitement 4 : _____ ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Autre _____**A-t-il des allergies et à quoi ?**

Allergie 1 : _____ Motif _____

Allergie 2 : _____ Motif _____

Allergie 3 : _____ Motif _____

Mode de vie :Fait-il du sport de manière régulière ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ou lesquels ? _____

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

Si oui, lequel ou lesquels ? _____

Points d'attention à prendre en compte :

Sommeil : _____

Alimentation : _____

Autre : _____

Mouille-t-il son lit la nuit ? ☐ Oui ☐ Non**Responsables de l'enfant**

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)

Observation durant le séjour**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)