

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M / F

PHOTO

Cette fiche destinee aux responsables de l' unite resume les renseignements concernant la sante de votre enfant. Elle evite de vous demunir de son carnet de sante. Elle vous sera restituee a la fin de l' annee avec les observations eventuelles des responsables.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L' ENFANT

N° de securite sociale :

Nom de l' assure :

2. VACCINATIONS :
JOINDRE UNE COPIE des pages du carnet de sante relatives aux vaccinations ou une copie du carnet de vaccinations ou une attestation d' un medecin.

Merci d' entourer/cocher les vaccins reus.

Descriptif	Nom du vaccin	Descriptif	Nom du vaccin	Descriptif	Nom du vaccin
Diphterie + Tetanos + Coqueluche + Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix®	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Engerix B®	Typhoide	<input type="checkbox"/> Typhim®
	<input type="checkbox"/> Boostrix®		<input type="checkbox"/> Genhevac ®		
	<input type="checkbox"/> Repevax®		<input type="checkbox"/> HBVax...	Fievre jaune	<input type="checkbox"/> Stamaril®
	<input type="checkbox"/> Tetravac®	Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG	Meningocoque C	<input type="checkbox"/> Neisvac®
	<input type="checkbox"/> Pentavac®		<input type="checkbox"/> Monovax®...		<input type="checkbox"/> Meningitec®
Ou Tetanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax®	Rougeole-oreillons- rubeole	<input type="checkbox"/> ROR	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Avaxim®
			<input type="checkbox"/> Priorix®		<input type="checkbox"/> Vaqta®
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> Imovax polio®...	Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Prevenar®		<input type="checkbox"/> Havrix®
Meningocoque C	<input type="checkbox"/> Neisvac®		<input type="checkbox"/> Meningitec®	Rage	<input type="checkbox"/> Vaccin rabique

Pour rappel, pour les enfants nes avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire.

Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps medical d' estimer l' etat de sante de votre enfant si necessaire.

SI L' ENFANT N' A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :
Problemes de sante passes (Maladies, accidents, hospitalisations, operations,...) :

Descriptif	Dates

Problemes de sante actuels / Points d' attention a prendre en compte

Doit-il suivre un traitement et lequel ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez :
Si oui, joindre une ordonnance recente et les medicaments correspondants (dans leur emballage d' origine, marques au nom de l' enfant, avec la notice)		
Porte-t-il des lentilles, lunettes, protheses auditives, protheses dentaires,... ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez :
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez la cause de l' allergie et la conduite a tenir :
A-t-il des problemes alimentaires ? (ne mange pas certains aliments, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez :
A-t-il des problemes de sommeil ? (difficultes a s' endormir, besoin de veilleuse, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez :
Mouille-t-il son lit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> non	
S' il s' agit d' une fille, est-elle reglee ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

NOM :

PRÉNOM :

Partie a completer en debut d'annee / lors de l'inscription

4- RECOMMANDATIONS DE DEBUT D'ANNEE :

.....
.....

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prenom	Adresse	Telephone 1	Telephone 2

Je soussigne, responsable de l'enfant, declare exacts les renseignements portes sur cette fiche et autorise les responsables scouts a prendre, le cas echeant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues necessaires par l'etat de l'enfant.

Date :

Signature(s) :

Partie a completer avant le camp d'ete

4- RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES EN VUE DU CAMP D'ETE

.....
.....

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prenom	Adresse pendant le camp	Telephone 1	Telephone 2

Re
ser
ve

J'atteste avoir mis a jour la presente fiche en fonction des evenements survenus depuis le debut de l'annee (exple : nouvelle allergie, nouveau vaccin, nouveau traitement...)

Date :

Signature(s) :

Ca
m
p

OBSERVATIONS A L'INTENTION DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

L'assistant sanitaire et la maitrise :

d'e
te

Le medecin:

(En cas de maladie ou d'accident, merci au medecin qui a examine l'enfant de preciser ici ses conclusions ainsi que ses coordonnees)