

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

UNITE \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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 ?

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

UNITE \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**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)