



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : .....

PRENOM : .....

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

Sexe : M / F

*Cette fiche destinée aux responsables de l'unité résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous demurer de son carnet de santé. Elle vous sera restituée à la fin de l'année avec les observations éventuelles des responsables.*

#### 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

N° de sécurité sociale : .....

Nom de l'assure : .....

Adresse du centre payeur : .....

#### 2. VACCINATIONS :

**JOINDRE UNE COPIE** des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou une copie du carnet de vaccinations ou une attestation d'un médecin.  
Merci d'entourer/cocher les vaccins reçus.

Descriptif	Nom du vaccin	Descriptif	Nom du vaccin	Descriptif	Nom du vaccin			
Diphtérie + Tetanos + Coqueluche + Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix®	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engerix B®	Typhoïde	<input type="checkbox"/> Typhim®			
	<input type="checkbox"/> Boostrix®		<input type="checkbox"/> Genhevax®					
	<input type="checkbox"/> Repevax®		<input type="checkbox"/> HBVax...		Fièvre 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	Hépatite 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 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.*

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

#### 3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :

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

Descriptif	Dates

#### Problèmes de santé actuels / Points d'attention à prendre en compte

Doit-il suivre un traitement et lequel ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez : .....
<i>Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine, marques au nom de l'enfant, avec la notice)</i>		
Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses 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 à tenir : .....
A-t-il des problèmes alimentaires ? (ne mange pas certains aliments, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Precisez : .....
A-t-il des problèmes de sommeil ? (difficultés à 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 réglée ?	<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)