



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

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 démunir 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'assuré :

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 + Tétanos + Coqueluche + Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix®	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix B®	Typhoïde	<input type="checkbox"/> Typhim®
	<input type="checkbox"/> Boostrix®		<input type="checkbox"/> Genhevac®		
	<input type="checkbox"/> Repevax®		<input type="checkbox"/> HBVax...	Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> Stamaril®
	<input type="checkbox"/> Tetravac®	Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG	Méningocoque C	<input type="checkbox"/> Neisvac®
	<input type="checkbox"/> Pentavac®		<input type="checkbox"/> Monovax®...		<input type="checkbox"/> Meningitec®
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax®	Rougeole-oreillons-rubéole	<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®
Méningocoque 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 MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTÉ :

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 Précisez :	
<i>Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine, marqués 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 Précisez :	
A-t-il des allergies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez 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 Précisez :	
A-t-il des problèmes de sommeil ? (difficultés à s'endormir, besoin de veilleuse, ...) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :	
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 à compléter en début d'année / lors de l'inscription

4- RECOMMANDATIONS DE DÉBUT D'ANNÉE :

.....
.....
.....

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

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) :

Partie à compléter avant le camp d'été

4- RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES EN VUE DU CAMP D'ÉTÉ

.....
.....
.....

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prénom	Adresse pendant le camp	Téléphone 1	Téléphone 2

J'atteste avoir mis à jour la présente fiche en fonction des événements survenus depuis le début de l'année (exple : nouvelle allergie, nouveau vaccin, nouveau traitement...)

Date :

Signature(s) :

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)

R
é
s
e
r
v
é

C
a
m
p

d'
ét
é