

ECLAIREURS EVANGELIQUES DE FRANCE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant.
Elle vous sera rendue à la fin du séjour

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon : ☐

Fille : ☐

Louveteaux(tes) : ☐ Eclaireurs(ses) ☐ Routiers ☐

Dates et lieu du séjour :

.....

Vaccinations obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Dernier rappel (se référer au carnet de santé)

Nom du vaccin date :

Merci de joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé (obligatoire)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour (même pour l'allergie) ? oui ☐ non ☐

Si oui, préciser la raison et quel médicament (nom, dosage et posologie) :

.....

Prend t-il des médicaments occasionnellement (maux de tête, maux de ventre, allergie, règles, constipation ...) ? oui ☐ non ☐

Si oui, préciser la raison et quel médicament (nom, dosage et posologie) :

.....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquer ci-après :

- Les difficultés de santé (maladies, accident, crises d'épilepsie, pipi au lit, couche la nuit, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation, bronchite, otite ...).
- Préciser les dates et les précautions à prendre.
- Recommandations particulières (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si transmission d'informations médicales elles doivent être sous pli cacheté

L'enfant sait-il nager ? oui ☐ non ☐

Suite et signature au verso →

Allergies

Fait-il des réactions allergiques ?

- oui ☐ non ☐ à des médicaments ? Si oui, lesquels ?
- oui ☐ non ☐ à des aliments ? Si oui, lesquels ?
- oui ☐ non ☐ fait-il des crises d'asthme ?
- oui ☐ non ☐ aux piqûres d'insectes ?
- oui ☐ non ☐ poussière, acariens, graminées (préciser) ?.....
- autre (préciser la cause de l'allergie) ?.....

Comment se manifestent ces réactions ?

Quel est le traitement et la conduite à tenir en cas d'allergie ou asthme ?

(si automédication le signaler)

.....
.....

A-t-il un traitement préventif ou de fond ? Si oui, lequel ? (Joindre l'ordonnance)

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

Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

.....

Téléphone (fixe et portable si possible) :

N° sécurité sociale de l'assuré(e) :

--	--	--	--	--	--	--

--

Caisse de rattachement : Mutuelle :
(Joindre une photocopie)

Pour les plus de 16 ans : venir avec votre **carte vitale** (si vous en avez une)

CMU : oui ☐ non ☐ (Si oui joindre l'attestation)

Nom et tel. du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal
de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable
du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....

Observations

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