

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 :

Groupe :

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

1- 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

2- Renseignements médicaux concernant le mineur

A- L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? (même pour l'allergie)

oui ☐ non ☐

Si oui pour quel raison ?

Quel traitement ? :

.....

B- **Prend-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)

.....

.....

.....

.....

Pour A et B 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.

3- Les difficultés de santé

(Maladies, accident, crises d'épilepsie, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation, bronchite ou otite, pipi au lit, couche la nuit).

Préciser les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

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

4- Recommandation particulière

(Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires)

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

L'enfant sait nager ? : oui ☐ non ☐

5- Allergies

Fait-il des réactions allergiques?

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

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-il un traitement préventif ou de fond ? Si oui lequel ? (Joindre l'ordonnance)

.....

6- Responsable de l'enfant

NomPrénom

Adresse pendant le séjour :

.....

Téléphone (fixe et portable si possible)

N° sécurité sociale de l'assuré :

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

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 :

Observations à l'intention des familles à remplir par le directeur

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