



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2007-2008

Cette fiche résume les renseignements concernant la santé de votre enfant à l'intention des responsables scouts. 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 de l'unité.

### 1- ENFANT :

NOM : ..... PRENOM : .....

Sexe : M / F Date de naissance : ...../...../.....

Numéro de sécurité sociale

Nom de l'assuré

Numéro d'adhérent SGDF

--	--	--

### 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 ( <b>Infanrix, Boostrix, Repevax ou Tetravac</b> )		
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio ( <b>DT Polio ou Revaxis</b> )		
Tétanos seul ( <b>Tetavax...</b> )		
Polio seul ( <b>Imovax polio...</b> )		
Tuberculose ( <b>BCG, monovax...</b> )		
Hépatite B ( <b>Engérix, Genhevac, HBVax...</b> )		
Rougeole-oreillons-rubéole ( <b>ROR, priorix</b> )		

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

### 3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :

#### A-t-il eu des problèmes de santé particuliers ?

(Maladies, accidents, allergies, hospitalisations, opérations,...)

Descriptif	Dates

#### A-t-il des problèmes de santé actuels ? Si oui, lesquels :

Doit-il suivre un traitement et lequel ? (Si oui, merci de nous remettre l'ordonnance avec les médicaments)

L'enfant mouille-t-il son lit la nuit ?

#### Autres observations concernant sa santé :

Fait-il du sport de manière régulière ? si oui, lequel ou lesquels ?

A-t-il d'autres activités artistiques ou de loisirs ? (musique, MJC...)

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

**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 :**

**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)*

**L'assistant sanitaire :**