



FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Version de mars 2017

Groupe : 1ère COLOMIERS

Territoire : Toulouse- Gascogne

IDENTITÉ

Nom		
Prénom		
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Date de naissance		
N° de Sécurité Sociale	Nom de l'assuré	

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

PROBLEMES DE SANTE PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.

Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant.
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- NON.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle scout peut être proposé.

POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT

Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez ; régime alimentaire ; hyperactivité, handicap ; prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact ; votre fille est-elle réglée ? etc

ALLERGIES

Aliments, médicaments, autres.

VACCINATIONS A JOUR

Possibilité de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé, ou une attestation de vaccination à jour de votre médecin traitant.

	Date du dernier rappel
Diphtérie+Tétanos+Polio (obligatoire) <i>DT POLIO /REVAXIS</i> + Coqueluche <i>INFANRIX / BOOSTRIX /TETRAVAC /REPEVAX</i>	
Haemophilus influenzae	
Hépatite B <i>ENGERIX/ GEHEVAC / HBVAX</i>	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole) <i>ROR / PRIORIX</i>	
Tuberculose <i>BCG /MONOVAX</i>	
Autre :	

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci d'expliquer pourquoi:

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 nécessaire par l'état de l'enfant.

Date et Signature des parents :

Autres recommandations en vue du camp d'été :
(à remplir juste avant le camp)

Date et Signature des parents :

Observations pendant le séjour

TIQUES

Soigneur.

Date :

