

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement. Cette fiche constitue un modèle des renseignements à collecter.
Centre de vacances - camp de scoutisme-centre de loisirs

Centre :

I. Enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : garçon fille Date de naissance :Sait-il nager ? oui non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

RAPPEL : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui en proposent (sauf baignade et promenade)

II. Vaccinations : (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé. voir 1)

VACCINS	Dates du dernier rappel
Hépatite B	
Polio	
Diphtérie	
Tétanos	
Coqueluche	
Hémophilus B	
Rougeole	
Oreillon	
Rubéole	
BCG	
Autres vaccins	

III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes, voir 1 :

Rubéole Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Varicelle Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Angines Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rhumatismes Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Allergies Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Coqueluche Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Otites Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Asthme Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rougeole Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Oreillons Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

Ref : arrêté n°06-3425/GNC du 07 septembre 2006

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, voir 1)

_____ du au
_____ du au

IV- Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? non oui

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez **impérativement** fournir les médicaments et **impérativement** joindre l'**ordonnance** qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

L'enfant mouille-t-il son lit ? non occasionnellement oui
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? non oui

V-Tuteur légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (où l'on peut vous joindre pendant la période du séjour) : _____

N° de téléphone : domicile : _____ travail : _____

N°CAFAT/RUAM : _____ Mutuelle : _____

N° Aide médicale : _____ du _____ au _____

N° COJH ou CORH : -----

(1)ces rubriques ne sont pas obligatoires s'il est fourni un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations

Je soussigné, (nom prénom) ----- tuteur légal de l'enfant _____ (nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.

Date :
légal de l'enfant :

Signature du tuteur

disposer la mention « lu et approuvé »

Partie réservée à l'organisateur

Lieu du centre de vacances : _____

Départ le : _____ arrivée le _____