

Amitiés Scoutes – 1ère Osismi – CARHAIX

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : / /

Garçon **Fille**

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).

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Merci de préciser les éventuelles difficultés de santé pouvant être concernées par les activités (maladies, accidents, crises d'épilepsie, tétanie, spasmophilie, hospitalisation) :

Précautions à prendre :

Recommandations particulières (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires) :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, pour quelle raison :

Lequel :

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) :

Joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant**).
Aucun médicament ne pourrait être pris sans ordonnance.

L'enfant sait nager : Oui Non

Allergie

Fait-il des réactions allergiques ?

- à des médicaments, si oui, lesquels ? Oui Non
- à des aliments ? Si oui, lesquels ? Oui Non
- aux piqûres d'insectes ? Oui Non
- aux poussières, acariens, graminées (préciser) ? Oui Non
- Fait-il des crises d'asthme ? Oui Non
- Autre (préciser la cause de l'allergie) ?

Comment se manifeste ses 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 ? Si oui, lequel ? (joindre l'ordonnance)

Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :
.....

Téléphone :

Téléphone (2) :

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

Date : / /

Signature :

A remplir par le directeur à l'attention des familles

Observations :
.....
.....
.....