

## 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 \_\_\_\_\_