**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 de loisirs « Le Petit Montagnard » 4 à 12 ans**

# Enfant :

**Nom *:* Prénom *:***

Date de naissance : Sexe : garçon fille 

Nom et coordonnées du médecin traitant :

1. **Vaccinations :** *(remplir à partir du* **III. Renseignements médicaux**

*carnet de santé ou des certificats de vaccinations de*

*l’enfant ou joindre les photocopies des pages* L’enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes:

*correspondantes du carnet de santé)*

|  |  |
| --- | --- |
| **VACCINS** | **Dates du dernier rappel** |
| **Hepatite B** |  |
| **Polio** |  |
| **Diphtérie** |  |
| **Tétanos** |  |
| **Coqueluche** |  |
| **Hémophilius B** |  |
| **Rougeole** |  |
| **Oreillon** |  |
| **Rubéole** |  |
| **BCG** |  |
| **Autres vaccins** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole   | Varicelle   | Angines   | Rhumatismes   | Allergies   |
| Coqueluche   | Otites   | Asthme   | Rougeole   |  |

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

# 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.

# V-Représentant légal de l’enfant :

Nom : Prénom :

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

N° de téléphone : domicile : travail : MAIL :

Je soussigné, (nom prénom) représentant 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.

Date : Signature

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