



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations qui pourraient être utiles pendant l'activité, elle évite de vous démunir du carnet de santé mais pensez à joindre à ce document les copies des vaccinations.

1 - Participant-e

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

2 - Vaccinations (voir carnet de santé ou certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole, oreillons, rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT Polio	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. Attention, il n'y a aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.

3 - Renseignements médicaux concernant le-la participant-e

Le-la participant-e suit-il-elle un **traitement médical** particulier pendant le séjour ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice -> Boîtes marquées au nom de la personne).

Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

et facteur rhésus : ☐ Rh + ☐ Rh -

Poids :

Taille :

Le-la participant-e a-t-il-elle déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non
Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Oreillons ☐ Oui ☐ Non	

Allergies :

Asthme ☐ Oui ☐ Non

Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4 - Recommandations utiles :

Préciser s'il y aurait d'autres remarques utiles (port de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, régime alimentaire particulier, etc...)

5 - Personne à contacter en cas d'urgence

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. 1 :

Tél. 2 :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné-e _____, responsable légal-e, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du-de la participant-e. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Signature :

Date :



Scouts et laïques
www.eedf.fr