

# Fiche sanitaire

> Cette fiche est destinée au responsable sanitaire de l'unité, et le cas échéant à tout professionnel de santé.

**1. L'enfant** NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Âge ..... ans Sexe :  M /  F

Poids ..... kg

Numéro de sécurité sociale : ..... Nom de l'assuré : .....

Mutuelle (le cas échéant) : ..... N° d'adhérent mutuelle : .....

**2. Personnes à prévenir en cas de besoin** (indiquez trois différents contacts, par ordre de priorité)

Nom	Prénom	Tel.1	Tel.2	Tel. pendant le camp

Adresse du responsable légal : .....

**3. Vaccinations** Merci de joindre les photocopies des pages vaccination du carnet de santé

Obligatoires	Oui	Non	Derniers rappels	Recommandées	Dates
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillon-Rougeole	
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**4. Allergies :** Alimentaire  Oui  Non | Asthme  Oui  Non | Médicamenteuse  Oui  Non | Autre  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

**5. Renseignements de santé et recommandations utiles des parents :**

Trouble mental, maladie, crise convulsive, hospitalisation, rééducation, lunettes, prothèse dentaire, énurésie, règles...

**6. Traitement en cours :** merci de nous remettre l'ordonnance avec les médicaments

**7. Certification des renseignements et autorisation des parents**

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant pendant les activités sous la responsabilité des Éclaireurs de la Nature (tout sera mis en œuvre pour que je sois informé immédiatement en cas d'accident).

Nom du responsable : ..... Date : ..... / ..... / ..... Signature :

**8. Observations de l'assistant sanitaire à l'intention des parents**