 **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

 **Groupe : La Guillotière 1ère Lyon Territoire : Lyon Levant**

 **IDENTITÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Sexe** | [ ]  **M** | [ ]  **F** |
| **Date de naissance** |  |

 **RESPONSABLES DE L’ENFANT (A prévenir en cas d’urgence)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Téléphone 1** | **Téléphone 2** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS**

 *Maladies, handicap, hospitalisation, opérations…Avec les dates des évènements.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 Prise de traitement médical quotidien ?

* [ ]  OUI, Joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boite d’origine marquée au nom de l’enfant.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

* [ ]  NON.

*En cas de problème de santé au long court, nécessité d’en parler avec l’assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d’Accueil Individualisé) peut s’avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l’école, une copie peut être fournie, sinon un modèle scout peut être proposé.*

**POINTS D’ATTENTION CONCERNANT L’ENFANT**

*Par exemple ; troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez ; régime alimentaire ; hyperactivité, handicap ; prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact ; votre fille-est-elle réglée ? etc*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 **ALLERGIES**

 Aliments, médicaments, autres.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 **VACCINATIONS A JOUR**

 Possibilité de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé, ou une attestation de vaccination à jour de votre médecin traitant.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Date du dernier rappel |
| STP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) = **obligatoire** |  |
| Coqueluche |  |
| Haemophilus influenzae |  |
| Hépatite B |  |
| ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole) |  |
| Tuberculose |  |
| Autre : |  |

Je soussigné,

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

Date et Signatures des parents :

[ ]  Mon enfant est autorisé à rentrer seul(e) après les réunions quel qu’en soit le lieu

[ ]  Mon enfant n’est pas autorisé à rentrer seul(e) après les réunions

Personnes habilitées à récupérer mon enfant :