

Nom :
 Prénom :
 Sexe : M / F (entourez votre choix)
 Date de naissance : / /

Cette fiche destinée aux chefs de l'unité résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera restituée à la fin de l'année avec les observations éventuelles des responsables.

Enfant

Numéro de sécurité sociale	Nom de l'assuré	Numéro d'adhérent SGDF

Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Descriptif de la vaccination	Nom du vaccin <small>(Cochez le/les vaccins)</small>	Date du dernier rappel
Diphtérie* + Tétanos* + Coqueluche + Polio*	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Tetravac	
ou Diphtérie* + Tétanos* + Polio*	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis	
ou Tétanos* seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
ou Polio* seul	<input type="checkbox"/> Imovax polio	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Monovax	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Genhevac <input type="checkbox"/> HBVax	
Rougeole – Oreillons – Rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	
Autres :	

***Vaccins obligatoires** : diphtérie, tétanos, polio. Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de préciser pourquoi :

.....

Renseignements concernant sa santé

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aiguë	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
<i>Cochez les cases correspondantes</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé passés ? (Maladies, accidents, hospitalisations, opérations, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé actuels ?

Votre enfant a-t-il des allergies ?

- Asthme Oui Non • Soleil Oui Non
- Alimentaires Oui Non Lesquelles :
- Médicamenteuses Oui Non Lesquelles :
- Autres :

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie (Si automédication, le signaler) :

.....
.....

Points d'attention à prendre en compte :

- Sommeil Oui Non Précisez :
- Alimentation Oui Non Précisez :
- Somnambulisme Oui Non Précisez :

- Mouille-t-il son lit la nuit ? Oui Non **Si oui, merci de prévoir : couche, duvet supplémentaire, pyjama de rechange, ...**

- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non **Si oui, merci de prévoir ce qu'il faut**
- Autres :

Recommandations utiles des parents

Toutes informations supplémentaires pouvant nous être utiles comme de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, ...

Précisez :

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Responsable de l'enfant

Responsable 1

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Tel. Fixe :

Tel. Port :

Responsable 2

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Tel. Fixe :

Tel. Port :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables scouts à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) :