



ÉCLAIREUSES & ÉCLAIREURS
DE FRANCE

Fiche sanitaire de liaison

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Garçon Fille

Cet imprimé est à remplir et à RENVoyer IMPERATIVEMENT, pour les mineurs, à l'organisateur du stage, au moins une semaine avant le début du STAGE, ou exceptionnellement à remettre au directeur dès votre arrivée, dernier délai ! EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOUS NE POURRAIT PAS ETRE ACCUEILLI SUR LA SESSION. Pour les majeurs, seuls les parties 2 et 4 sont INDISPENSABLES

STAGE _____ du _____ au _____ lieu _____

1. Renseignements

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

2. Autorisations

Je soussigné _____

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

-J'autorise les EEDF à illustrer ses supports de communication publique avec les photos réalisées lors de la session sur lesquelles mon enfant / ou je figurerai(t)s.

-Autorise mon enfant à voyager seul en train pour se rendre et repartir de la session ou en cas d'exclusion du stage (pour les mineurs)

-Déclare avoir pris connaissance du déroulement et du principe de l'exploration et autorise mon enfant à y participer (pour les mineurs)

Fait à _____ le _____ **Signature** (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Consignes particulières _____

3. Recommandations utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

4. Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents ou par la personne majeur. **En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour**

Je soussigné _____

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. portable _____

N° de Sécurité Sociale _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur

NOM _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Pays _____ Tél. portable _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")