

**GROUPE :** Var Estérel Fréjus

**TERRITOIRE :** VAR

**ANNÉE :** 20 - 20

## 1. IDENTITÉ

Nom			
Prénom			
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Date de naissance		Poids	

## RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

## 2. PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

*Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.*


### Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte 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 cours, 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 existe sur doc en stock.*

## 3. POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT (pour améliorer l'accueil de 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

Type de réaction (œdème, urticaire, ...)


## 4. VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)				Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	Infanrix Hexa® Hexyon®	Pentavac®	Repevax®	Revaxis®	
Coqueluche			Boostrix®		
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		Engerix B® Genhevac®			

Maladie	Nom du vaccin	Nombre d'injections reçues
Méningocoque C	Neisvac® Meningitec®	
Pneumocoque	Prevenar®	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	Priorix® / MMR Vax pro®	
Tuberculose	BCG	
COVID	Comirnaty® / SpikeVax®	

Autre	Hépatite A (Avaxim®, Vaqta®, Havrix®)	Typhoïde (Typhim®)	Fièvre jaune (Stamaril®)	Rage (Vaccin rabique)
Date				

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

*Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.*

Date :

Signature :

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_ responsable légal 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 Signature des parents :

Observations pendant le séjour :