



Scouts Unitaires de France  
Groupe : *Notre Dame de Toute Grâce*  
Unité : *Clan*



Inscription 2012-2013

Nom : *Charles d'Hebrail* ..... Prénom : *Charles* .....

Date de naissance : *11 avril 1995* ..... Lieu : *Dax (40)* .....

Adresse : *15 rue George Bernard Shaw* .....

Code postal : *75015* .... Ville : *Paris* .....

Tel fixe maison : ..... E-mail : *charlesdhebrail@gmail.com*

Ecole : *Lycée Naval de Brest* ..... Classe : *Seconde S* .....

Activités pratiquées (sportives, culturelles, hobbies...) : *Musique (Piano, guitare, batterie), football* .....

Religion : *Catholique* ..... Paroisse : *Saint François de Rétif* Baptisé :  OUI -  NON

Frères & sœurs : (prénom – age – classe – scoutisme)

*Aubin - 19 ans - Nathalie Spé - Chef Scout Suf* .....

*Pierre - 13 ans - 6<sup>e</sup> - Scout Europe*

*Isaure - 10 ans - CD2 - louveteau europe* .....

*Nan - 8 ans - CE2 - louveteau europe*

*Paul - 5 ans - Gde Section* ..... *Jacques - 6 ans* ..... *Antoine - 2 ans* .....

Formation : *Non* ..... ( PSC1 – BSB – diplôme d'animation..)

Parents :

Situation familiale : *Parents mariés* ..... E-mail familial : *jmdhebrail@yahoo.fr*

Père : Nom : *d'Hebrail* ..... Prénom : *Jean-Charles* .....

Profession : *Officier de marine* ..... Tel portable : *06.32.08.69.64*

Mère : Nom : *d'Hebrail* ..... Prénom : *Emmanuelle* .....

Profession : *Secrétaire parissiale* ..... Tel portable : .....

N° de tel en cas d'urgence : Fixe ..... Portable : *06.32.08.69.64*

Remarques particulières :

Nous (je) soussigné *Jean-Charles et Emmanuelle d'Hebrail* autorisons - notre (mon) fils – (ma) fille à participer aux activités des Scouts Unitaires de France dont nous avons (j'ai) reçu le projet éducatif auquel nous adhérons (j'adhère) pleinement.

De plus, nous (je) autorisons les Scouts Unitaires de France à utiliser dans les revues, calendriers, site Internet..., les photos de notre (mon) fils – (ma) fille prises lors des activités scoutes

Date : *29 juin 2013* ..... Signature des parents :



# **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

## 1 - ENFANT

NOM : D'HÉ BRAIL

PRÉNOM : CHARLES

DATE DE NAISSANCE : 11 avril 1995

GARÇON  FILLE

**DATES ET LIEU DU SÉJOUR :**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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.

## L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM D'HEBRAIL PRÉNOM CHARLES Jean-starin.  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) 183 15 rue George Bernard Shaw 95015 Paris.

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... 06.32.08.69.64 ..... BUREAU : ..... 1 .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) ..... *✓* .....

Je soussigné, ....jean...e...p...ain...d...H...eb...re...u...l....., 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 : 24 juin 2013

Signature :

WA

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....

## OBSERVATIONS

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

## Vaccinations

NOM : de MEYRAC PRÉNOMS : Charles

## Vaccinations obligatoires

## Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

## Vaccin associé antidiptéritique et antitétanique (vaccin DT)

- consécutives dans les 10 mois,
  - toutes dans le 3<sup>e</sup> mois en 3 injections à 1 mois d'intervalle,
  - rappel 1 an après la dernière injection,
  - rappel 5 ans dans les 5 ans

Vaccinie antivaccinie verschillen (2004) 2000-2004

- obligatoirement 18 mois,
  - conseillé le 3<sup>e</sup> mois en 3 injections à 1 mois d'intervalle,
  - rappel obligatoire (buccal ou injectable) 1 an après la dernière injection,
  - rappel recommandé tous les 5 ans.

**Vaccination antituberculeuse par le B.C.G. :**

  - obligatoire pour les enfants de moins de 6 ans placés en maison maternelle, crèches, pouponniers ou chez une assistante maternelle. Recommandée en école maternelle,
  - obligatoire plus tard au cours de la 6<sup>e</sup> année pour tout enfant qui n'a pas encore été vacciné

## Vaccinations facultatives

## Anticoagulants:

- conseiller le 3<sup>e</sup> mois en association avec l'antidiaphthérique, l'antitétanique et l'antioxydantique,

Antirokuse :

- rappel a plus tard.

**Antiruïde** : rubéole

- conseil(s), l'âge d'un an, fortuna surveillée chez la fillette entre 10 et 12 ans, avant la puberté.

AUGUSTINE

- Antivar® : La vaccination est plus obligatoire depuis la loi n° 84-404 du 30 mai 1984.

## Autres vaccinations

Dans certains cas d'épidémie, d'autres vaccinations peuvent être imposées. Pour certains voyages internationaux, des vaccinations spécifiques sont exigées selon le lieu de destination, prenez la précaution de vous informer.

Date	Méthode	Signature et cachet
6/6/95	Huile	<p>Docteur Frédéric Mégegn LONG</p> <p>47 rue du Fret - 29160 LANMELOC</p> <p>tel: 02 96 52 56</p> <p>029 80473</p> <p>Lot: T5712-2</p> <p>Aut. av: 30-09-2000</p> <p>109555</p>

## Tests tuberculiniques

Date	Tests et résultats	Signature et cachet
24/11/98	<p><u>G. M. 95</u> <u>René Fer</u></p> <p><u>MONO TEST</u> <u>Négatif</u></p> <p><u>CONSEIL GÉNÉRAL DU VAR</u></p> <p><u>SERVICE B.C.G. - DSF</u></p> <p><u>Monteux = négatif.</u></p>	<p>Docteur Frédéric LE LONG</p> <p>47 route Félix GOUIN DANVEOC</p> <p>Tel : 04 94 82 75 16</p> <p>29 10 1355 5</p>
28/05/00	<p><u>Monteux = négatif.</u></p>	<p>Docteur Frédéric LE LONG</p> <p>47 route Félix GOUIN DANVEOC</p> <p>Tel : 04 94 82 75 16</p>
12/12/01	<p><u>Docteur Jean-Philippe LAMAR</u></p>	

*Les mentions portées sur cette page ont valeur de certificats de vaccination.*

NOM : NEBRASKA PRÉNOMS : Marie

NÔM : El Helvai PRÉNOMS : Charles

# Vaccinations antipoliomyélitique Antidiphérique – Antitétanique Anticoqueluchuse

## Autres vaccinations

## Vaccinations antirougeoleuse – Antirubéolique Antiourlienne – Antityphoparatyphoïdique

Date	Vaccin – Dose	Signature et cachet
6/9/95	6/9/95	<p>Docteur Frédéric LONG</p> <p>47 rue du Fret 29160 LANVEOC</p> <p>Tel: 9883261</p> <p>29 1013555</p>

*Les mentions portées sur cette page ont valeur de certificats de vaccination. A remplir lisiblement et complètement.*

Les mentions portées sur cette page ont valeur de certificats de vaccination.  
A remplir lisiblement et complètement.

## Vaccinations

(suite)

# Maladies épidémiques et contagieuses

### (Récapitulatif,

Date	Vaccin - Dose	Signature et cachet du médecin
05/10/00	<u>MM 196</u> <u>R. O. L. M. 1850</u> <u>cafe RORIVE</u> 166 901110	<u>Lot : RBS24-4</u> <u>Aut.av : 64-2001</u> <u>SGU</u> <u>10/10/00</u> <u>DR. V. RAMA</u>

## Injections de sérum et de gamma-globulines

Nature	Date	Dose	Observations

Maladies	Date	Observations Complications	Signature et cachet du médecin
Varicelle	juin 97		
Coqueluche			
Oreillons			
Rougeole			
Rubéole			
Scarlatine			
Diphthérie			
Typhoïde			
Paratyphoïde			
Hépatite			