

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



Inscription 2012-2013

Nom : 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 : Terminale S.....
Activités pratiquées (sportives, culturelles, hobbies...) : Musique (Piano, guitare, batterie), football.....
Religion : Catholique..... Paroisse : S^t François de Sales Baptisé : OUI - NON
Frères & sœurs : (prénom – âge – classe – scoutisme)
Aubin - 19 ans - Maths Spé - Chef Scout Suf.....
Pierre - 13 ans - 4^e - Scout Europe.....
Isaure - 10 ans - CM2 - Louveteau Europe.....
Nain - 8 ans - CE2 - Louveteau Europe.....
Paul - 5 ans - Gde Section..... Jacques - 4 ans..... Antoine - 2 ans.....
Formation : Non..... (PSC1 – BSB – diplôme d'animation...)

Parents :

Situation familiale : Parents mariés..... E-mail familial : jeandhebrail@yahoo.fr
Père : Nom d'Hebrail..... Prénom : Jean-Marie.....
Profession : Officier de marine..... Tel portable : 06.32.08.63.64
Mère : Nom d'Hebrail..... Prénom : Emmanuelle.....
Profession : Secrétaire personnelle..... Tel portable : /.....
N° de tel en cas d'urgence : Fixe /..... Portable : 06.32.08.63.64

Remarques particulières :

Nous (je) soussigné Jean-Marie 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 scouts

Date : 24 juin 2013 Signature des parents :

Emmanuelle



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : D'HÉBRAÏL

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
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 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☒

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☒

ALIMENTAIRES 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'HEBRAÏL PRÉNOM ~~CHARLES~~ Jean-Marie

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) 13 15 rue George Bernard Shaw 75015 Paris

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : 06.32.08.69.64 BUREAU : ✓

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) ✓

Je soussigné, Jean-Marie d'Hebraïl 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 :

MA

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccinations

Vaccinations obligatoires

Vaccinier associée antidiphthérique et antitétanique (vaccin DT) :

- obligée avant 18 mois,
- conseilès le 3^e mois en 3 injections à 1 mois d'intervalle,
- rappel obligatoire 1 an après la dernière injection,
- rappels recommandés tous les 5 ans.

Vaccinier antipoliomyélique (pouvant être associée à la vaccination DT) :

- obligée avant 18 mois,
- conseilès le 3^e 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.

Vaccinier antituberculeuse par le B.C.G. :

- obligée pour les enfants de moins de 6 ans placés en maison maternelle, crèches, pouponnières ou chez une assistante maternelle. Recommandée en école maternelle,
- obligée à plus tard au cours de la 6^e année pour tout enfant qui n'a pas encore été vacciné.

Vaccinations facultatives

Anticoquelchense :

- conseilès le 3^e mois en association avec l'antidiphthérique, l'antitétanique et l'antipoliomyélique,
- rappel à plus tard.

Antirogense :

- conseilès à partir de l'âge d'un an. Ce vaccin peut être associé au vaccin antirubéole.

Antirubéole :

- conseilès l'âge d'un an,
- fortent recommandée chez la fillette entre 10 et 12 ans, avant la puberté.

Antioctisme :

- conseilès à l'âge de un an.

Antivaricelle :

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

Autres vaccinations

Dans certains 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.

NOM : ALBERT PRÉNOMS : Charles

Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

Date	Méthode	Signature et cachet
6/10/95	transverse *	Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret 129 160 LANVEOC Tél : 02 98 27 51 61
24/10/00	transverse *	Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret 129 160 LANVEOC Tél : 02 98 27 51 61

Tests tuberculiques

Date	Tests et résultats	Signature et cachet
6/10/95	transverse *	Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret 129 160 LANVEOC Tél : 02 98 27 51 61
22/11/98	MONOTEST négatif SÉRIE B.C.G. - DSI CONSEIL GÉNÉRAL DU VAR	Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret 129 160 LANVEOC Tél : 02 98 27 51 61
28/05/00	monotest = négatif	Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret 129 160 LANVEOC Tél : 02 98 27 51 61
14/12/09	ID1001 48	Docteur Jean-Philippe LAVA 47 rue du Fret 129 160 LANVEOC Tél : 02 98 27 51 61

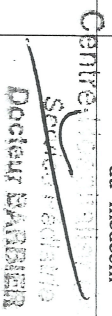
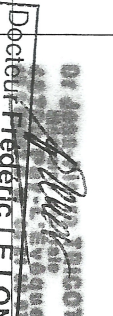
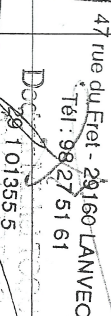
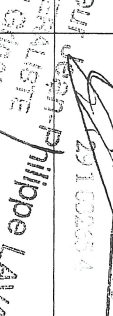
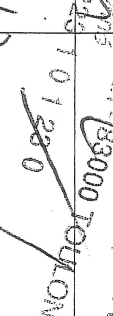

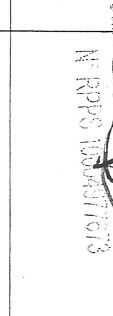
Les mentions portées sur cette page ont valeur de certificats de vaccination.
A remplir lisiblement et complètement.

01/10/12

101230

NOM : ALBERT PRÉNOMS : Charles

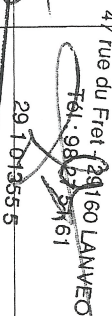



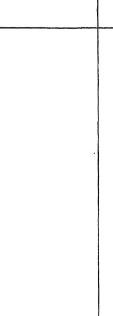
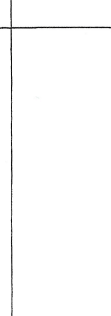
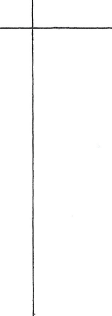
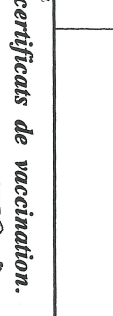
Vaccinations antipoliomyélitique Antidiphtérique – Antitétanique Anticoquelucheuse

Date	Vaccin – Dose	Signature et cachet du médecin
23/6/95	Penta 1020	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
01/07/95	PENTA 1020	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
2/9/95	Penta 300	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
11/10/95	Penta 1020	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
21/11/95	DTP 0550/210	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
16/12/95	Tétovax 2114-2	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
21/12/95	Repevax	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5

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

NOM : ALBERT PRÉNOMS : Charles

Vaccinations antirougeoleuse – Antirubéolique Antitourneuse – Antityphoparatyphoïdique Autres vaccinations

Date	Vaccin – Dose	Signature et cachet du médecin
6/9/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
6/10/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
6/11/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
12/11/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
12/11/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
12/11/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
12/11/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5
12/11/95	Engerix B 1000	 Docteur Frédéric LE LONG 47 rue du Fret - 29160 LANVEOC Tél : 98 27 51 61 29 101355 5

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

TSP →

