



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

2- 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)

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES 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**.....
.....
.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....
.....
.....

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

GSM : mère Père

Fixe : Bureau : mère Père

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.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et j'en accepte les conditions.

Date :

Signature :