

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE POIDS : _____

RESPONSABLE LEGAL :

NOM : _____

PRENOM : _____

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Rubéole-Oreillons	
Polio				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

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

* **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

- **ALLERGIES** : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

- **DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE**

- **NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT**

Je soussignéresponsable 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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je fournis la photocopie de l'**attestation** de la carte vitale, obligatoire pour une prise en charge.

Date :

Signature :