



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle vous évite de vous dessaisir de son carnet de santé.
Rayer les mentions inutiles quand nécessaire.

ENFANT

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance...../...../..... Sexe.....

VACCINATIONS

Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (entourez et barrez)

rubéole varicelle angine rougeole rhumatismes oreillons asthme coqueluche otite scarlatine

A l'espace jeunes, aucun traitement ne sera délivré, sauf protocole médical.

Camps et séjours :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui , lequel :-----

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de Joindre l'ordonnance.

Autres difficultés éventuelles-----



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle vous évite de vous dessaisir de son carnet de santé.
Rayer les mentions inutiles quand nécessaire.

ENFANT

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance...../...../..... Sexe.....

VACCINATIONS

Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

rubéole varicelle angine rougeole rhumatismes oreillons asthme coqueluche otite scarlatine

Pour l'accueil de loisirs aucun traitement ne sera délivré sauf protocole médical.

Camps et séjours :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui , lequel :-----

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de Joindre l'ordonnance.

Autres difficultés éventuelles-----

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

Prénom.....

Adresse (pendant le séjour de l'enfant)

.....

Téléphone (pendant le séjour de l'enfant)

.....

N° de sécurité sociale

.....

Centre payeur.....

Prise en charge CMU ? oui non (Si oui, joindre le formulaire et la carte vitale)

Je soussigné(e)

.....

Responsable légal de l'enfant :

- certifie exacte les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise le responsable du séjour ou de l'activité, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales.

DATE

SIGNATURE

Si vous avez des remarques dont vous voulez nous faire part ou un complément d'information à nous donner :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

Prénom.....

Adresse (pendant le séjour de l'enfant)

.....

Téléphone (pendant le séjour de l'enfant)

.....

N° de sécurité sociale

.....

Centre payeur.....

Prise en charge CMU ? oui non (Si oui, joindre le formulaire et la carte vitale)

Je soussigné(e)

.....

Responsable légal de l'enfant :

- certifie exacte les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise le responsable du séjour ou de l'activité, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales.

DATE

SIGNATURE

Si vous avez des remarques dont vous voulez nous faire part ou un complément d'information à nous donner :