



FICHE SANITAIRE DE LIAISON à remplir obligatoirement

Nom : Prénom :
Âge : ans Date de naissance : / /
Poids : Taille : Pointure :

Ces informations sont indispensables pour équiper votre enfant selon l'activité choisie.

Couverture sociale de l'enfant : copie des attestations à joindre obligatoirement

CMU Sécurité Sociale MSA Autre prise en charge :

N° :

Vaccinations :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, atteste que celui-ci est à jour de ses vaccinations. **Joindre obligatoirement les copies de vaccinations (carnet de santé).**

Date :

Signature :

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

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui non Si oui, joindre ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Varicelle	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Angine	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Coqueluche	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Otite	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Rougeole	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Oreillon	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Rhumatisme articulaire aigu	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médicamenteuse	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Allergie : Asthme	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Alimentaire	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Préciser d'éventuelles sources d'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre** :
.....
.....
.....

Les recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc., précisez :
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à faire prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

