



Fiche sanitaire de liaison



I. ENFANT

NOM : PRENOM :

SEXE

GARCON

FILLE

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS

☐ JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS DES PAGES CORRESPONDANTES

ou

☐ JOINDRE UNE ATTESTATION DU MÉDECIN

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, merci de présenter un certificat médical

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

INDIQUER LES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	____/____/____
.....	____/____/____
.....	____/____/____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS (régime alimentaire spécifique, troubles de conduite, troubles DYS, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT L'ACCUEIL OU LE SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° TELEPHONE

DOMICILE : PORTABLE :

COURRIEL :

AUTRE (préciser) :

Je, soussigné.e,, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le / la responsable de l'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ____/____/____

SIGNATURE :