



**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Taille : .....

Poids : .....

Autorisation de Filmer : .....

Autorisation de rentrer seul : .....

Mutuelle : .....

Est-il assuré : .....

Assureur : .....

Autorisation d'intervention médical : .....

Médecin traitant : .....

Personnes à prévenir en cas d'accident et téléphone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant et téléphone
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Situation familiale : .....

Désirez-vous recevoir la facture par mail :  
newsletter :

Souhaitez-vous recevoir la

CAF : .....

N° CAF : .....

Quotient : .....

**RESPONSABLE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Email : .....

N° de Sécu. : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

**RESPONSABLE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Email : .....

N° de Sécu. : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à ....., le : ..../.../.....

Signature

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRENOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** ASTHME    oui     non

MEDICAMENTEUSES oui     non

ALIMENTAIRES    oui     non

AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

