



# Fiche sanitaire de liaison



## I. ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE  GARÇON   FILLE   DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## II. VACCINATIONS

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

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.

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

## 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 :