



cerfa
N°10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILLE ☐

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 déjà contracté les maladies suivantes ?

RUBEOLE ☐

ANGINE ☐

VARICELLE ☐

OREILLONS ☐

COQUELUCHE ☐

ROUGEOLE ☐

OTITE ☐

SCARLATINE ☐

Allergie : OUI ☐ NON ☐

Asthme : OUI ☐ NON ☐

Si oui la(es)quelle(s) ? _____

Régime alimentaire : SANS VIANDE ☐ SANS PORC ☐

L'enfant a-t-il des difficultés (comportement particulier, crises convulsives, rééducation, accident,....) ? Précisez si nécessaire. _____

Autorisez-vous Anim'Action à prendre des photos de votre enfant et à les diffuser ? OUI ☐ NON ☐

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses, etc. Précisez : _____

BAIGNADE : SAIT NAGER ☐

SE DEBROUILLE ☐

NE SAIT PAS NAGER ☐

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

Numéros de téléphone :

Mère :

Père :

Je soussigné(e) _____

Responsable de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature :