

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom : TEL Parents.....

Prénom : Portable.....

Date de naissance :

Garçon Fille

Age : Ans

N° Sécurité Sociale :

NOTEZ AU DOS LES NOMS ET N° DE TEL
des personnes autorisée à venir chercher votre enfant au Centre de Loisirs

Vaccins OBLIGATOIRES	Cochez si oui	Date des derniers rappels	Vaccins RECOMMANDES	Cochez si oui	Date des derniers rappels
DIPHTERIE			HEPATITE B		
TETANOS			RUBEOLE / OREILLONS		
DT POLIO / TETRA ou PENTACOQ			ROUGEOLE		
BCG			COQUELUCHE		

AUTRES:

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

ATTENTION : Le vaccin ANTITETANIQUE ne présente aucune contre-indication médicale.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

L'enfant a-t-il eu des maladies? Si oui, lesquelles ?

.....
.....

RECOMMANDATIONS MEDICALES UTILES OU DIFFICULTES DE SANTE

.....
.....

Je soussigné(e),responsable légal 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 (traitement médical, hospitalisation...)

En date du : Signature :