



## Fiche sanitaire de liaison

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

FILLE  GARÇON

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

1-*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**

2-*l'enfant a-t-il des allergies :*

ASTHME : OUI  NON  ALIMENTAIRES : OUI  NON

MEDICAMENTEUSES : OUI  NON

AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR au dos de la feuille. (si automédication le signaler)**

3-*l'enfant porte-t-il* des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ECT,,,

PRECISEZ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4-*l'enfant sait-il nager ?* OUI  NON  EN COURS D'APPRENTISSAGE

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :