



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 :