FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MUIZON

ENFANT GARCON ☐ FILLE ☐

NOM : ....

Prénom : ....

Date de naissance : ....

VACCINATIONS : **Fournir la photocopie de la liste des vaccinations OBLIGATOIRES effectuées du carnet de santé de l'enfant**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM DU MEDECIN TRAITANT : ..... **Tel :** .....

ADRESSE : .....

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐

Dispose-t-il d'un **PAI** (**P**rotocole d'**A**ccueil **I**ndividualisé) ? OUI ☐ NON ☐

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

Asthme	OUI ☐	NON ☐	Médicamenteuses	OUI ☐	NON ☐
Alimentaires	OUI ☐	NON ☐	Autres …...	OUI ☐	NON ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

.....

REPAS Sans porc ☐ Sans viande ☐

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	OUI ☐	NON ☐	ANGINE	OUI ☐	NON ☐
VARICELLE	OUI ☐	NON ☐	ROUGEOLE	OUI ☐	NON ☐
OREILLONS	OUI ☐	NON ☐	COQUELUCHE	OUI ☐	NON ☐
OTITE	OUI ☐	NON ☐	SCARLATINE	OUI ☐	NON ☐

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné: ....

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 mesures : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ……. le : …..... Signature :