



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022 - 2023

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. _____

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

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

BAIGNADE :

SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

NOM

PRÉNOM

Numéros de téléphone :

Mère :

Père :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

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 :

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 :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature :

Date :

Signature :