

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est à renseigner obligatoirement par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant. Elle permet de recueillir des informations indispensables pendant le séjour.

Nom .....	Prénom .....	Photographie récente	
Sexe <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	Date de naissance __/__/____		Âge __ ans
Centre .....	Nom du séjour .....		
Du __/__/____ au __/__/____			
Nom de la collectivité, du CE .....			

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Père  Mère  Tuteur  Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Tél domicile : \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_ E-mail : .....

Tél travail mère : .....

Tel portable mère : .....

Tél travail père : .....

Tel portable père : .....

### Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom .....

Prénom .....

Téléphone : \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

## VACCINATIONS

Donner avec cette fiche sanitaire de liaison, **une photocopie du carnet de santé de l'enfant (pages de vaccination) ou les certificats de vaccinations de l'enfant.**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

Numéro de sécurité sociale des parents : \_ \_ \_ \_ \_

Bénéficiaire CMU :  oui  non (si oui fournir la copie de l'attestation délivrée par la CPAM)

Groupe sanguin : .....

Taille : .....

Poids : .....

Pointure : .....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement :  oui  non

Si oui lequel : .....

.....

.....

Si l'enfant suit un traitement pendant le séjour, joindre **obligatoirement** l'ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatismes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otites	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

