FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement et soigneusement cette fiche qui sera remise au responsable de l'accueil de loisirs.

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM :……

PRENOM :……

DATE DE NAISSANCE : …… A:……

◯ FILLE ◯ GARCON

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

PERE

NOM: …… PRENOM: ……TELEPHONE:……

MERE

NOM: …… PRENOM: ……TELEPHONE: ……

AUTRE PERSONNE (si parents non joignables)

NOM: …… PRENOM: ……TELEPHONE ……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Joindre obligatoirement la photocopie des vaccins

Quelles sont les maladies infantiles développées par votre enfant ?

◯ RUBEOLE ◯ VARICELLE ◯ SCARLATINE

◯ COQUELUCHE ◯ ROUGEOLE ◯ OREILLONS

Votre enfants a-t-il des allergies ? Asthme: ◯ Oui ◯ Non

Alimentaire: ◯ Oui ◯ Non

Médicamenteuses: ◯ Oui ◯ Non

Autres:

Votre enfant suit-il un traitement médical? ◯ Oui ◯ Non

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (médicales, alimentaires, autres):

……

……

Attention, si votre enfant est sous traitement médical, aucun médicament ne sera donné sans ordonnance ou protocole médical.