

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

ADRESSE FAMILIALE :

① Mère : Domicile : Portable : Travail :

① Père : Domicile : Portable : Travail :

VACCINS OBLIGATOIRES

J'ATTESTE QUE MON ENFANT A BIEN RECU SES VACCINS OBLIGATOIRES
(joindre copie du carnet de vaccination avec les premières injections obligatoires)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, joindre un certificat médical de contre-indication.

NOM-TEL-VILLE DU MEDECIN TRAITANT

RECOMMANDATIONS UTILES : tout ce qui peut aider l'équipe d'animation à accompagner votre enfant dans tous les temps de sa vie en accueil de loisirs et/ou en séjours :

TRAITEMENT MEDICAL OCCASIONNEL : joindre une **ordonnance de moins de 3 mois avec les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice) marqués au nom de l'enfant dans une trousse fermée.**

REGIME ALIMENTAIRE (pris en charge en restauration collective) :

SANS PORC SANS VIANDE Les autres régimes type intolérance doivent être renseignés au dos.

Je soussigné(e),,
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise **également**, si nécessaire, le directeur à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

