

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ENFANT :** Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  Garçon  Fille Date de naissance : ..... / ..... / .....

- **Vaccinations** et dates : (vous pouvez joindre une photocopie du carnet de santé.)

.....  
.....  
.....

- L'enfant suit-il un **traitement** pendant le séjour ?  Oui  Non

Si **oui**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

- **Allergie :** Asthme  Oui  Non Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si  
Médicamenteuse  Oui  Non automédication le signaler)  
Alimentaire  Oui  Non .....  
Autres ..... .....

- **Indiquez ci-après : les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en indiquant les dates et les précautions à prendre

.....  
.....

- **Recommandations utiles des parents :** Votre enfant porte-t-il ?  Lentilles  Lunettes  
 Prothèses auditives  Prothèses dentaires  Autres .....

- **Autre information** sur l'enfant pour son bien être au centre de loisirs :

.....

- **Votre enfant** bénéficie-t-il  
d'une mutuelle ?  Oui  Non Si, oui, Nom et Adresse : .....

- d'une assurance corporelle ?  Oui  Non Si, oui, Nom et Adresse : .....

- **J'autorise** l'organisateur de l'accueil de loisirs à diffuser gratuitement les photographies prises lors du séjour sur lesquelles figurent mes enfants pour l'édition de documents de nature pédagogiques, des expositions relatives au centre ou à nos séjours :

Oui  Non

- **PERSONNE à contacter en cas d'urgence :** .....

Lien de cette personne avec l'enfant : .....

☎ de cette personne : .... / .... / .... / .... / .... ☎ portable de cette personne : .... / .... / .... / .... / ....

- **RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

☎ domicile : .... / .... / .... / .... / .... ☎ portable : .... / .... / .... / .... / .... ☎ travail : .... / .... / .... / .... / ....

Nom du médecin : .....

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

Signature

Le : .... / .... / .....

A : .....