



## FICHE DE LIAISON

NOM et PRENOM de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... A : ..... Sexe : M F

### **Vaccins OBLIGATOIRES** (joindre copie du Carnet de Santé ou Attestation du médecin)

Vaccins	Date derniers rappels	Vaccins	Date derniers rappels
DT polio		Tétracoq	

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

<b>Rubéole</b> Oui / Non	<b>Varicelle</b> Oui / Non	<b>Angine</b> Oui / Non	<b>Rhumatisme</b> Oui / Non	<b>Scarlatine</b> Oui / Non
<b>Coqueluche</b> Oui / Non	<b>Otite</b> Oui / Non	<b>Rougeole</b> Oui / Non	<b>Oreillons</b> Oui / Non	

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant suit-il un traitement médical durant le séjour ?  OUI  NON

Nom du médecin traitant (facultatif) : .....

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### **ALLERGIES**

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme / médicamenteuse / alimentaire ...

Si oui, lesquelles ? .....

Précisez la conduite à tenir (fournir certificat médical).....

Difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) précisez les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, ou dentaires... ? Précisez

# FICHE DE LIAISON

Responsable légal, père, mère : Mr..... Mme.....

Adresse du Domicile :

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Tél. Mobile :

N° de sécurité sociale :

## **PRISE EN CHARGE MEDICALE**

L'enfant inscrit au Séjour bénéficie :

- De la **CMU (fournir une copie de l'attestation)**  OUI  NON
- Et / ou d'une carte vitale personnelle (+ de 16ans)  OUI  NON

Votre enfant doit impérativement être en possession de sa carte vitale personnelle durant le séjour.

*Je soussigné(e),....., responsable légal 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.*

*Je m'engage également à rembourser la totalité des frais médicaux avancés par l'association.*

Date :

Signature :