



FICHE DE LIAISON

NOM et PRENOM de l'enfant :

Né(e) le : A : Sexe : M F

Nom du médecin traitant (facultatif) :

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 :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

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.

AUTORISATION SAUNA

L'enfant inscrit au Séjour est autorisé :

- A utiliser le sauna du gîte « Le Cassu » OUI NON

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 :