



Fiche Sanitaire de Liaison

Nom enfant : Prénom :

Né(e) le :

INDICATIONS MÉDICALES (* entourer la réponse)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

| | | | | | | |
|--------------|------|------|--------------|------------|------|------|
| Tétanos | OUI* | NON* | Date : | | | |
| Poliomyélite | OUI* | NON* | Date : | Dérogation | OUI* | NON* |
| Diphthérie | OUI* | NON* | Date : | Dérogation | OUI* | NON* |

JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ALLERGIES : OUI* NON*

Si oui, commentaires :

| | | | | | |
|-----------|------|------|----------------|------|------|
| Asthme | OUI* | NON* | Alimentaire | OUI* | NON* |
| Épilepsie | OUI* | NON* | Médicamenteuse | OUI* | NON* |
| Diabète | OUI* | NON* | | | |

Autre(s) pathologie(s) :

Antécédents médicaux : Intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), trauma(s), lésion(s) musculaire(s)

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc.) :

Si votre enfant suit un traitement médical, fournir une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné ,

responsable de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser. J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Voiron, le

Signature