

Fiche sanitaire de liaison
Séjour du/...../.....au/...../.....
Ecole.....

Vaccinations :

Date du dernier vaccin DT :.....

Joindre une photocopie du carnet de santé

Renseignements médicaux :

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

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Rougeole		
Oreillons			Otites		
Varicelle			Asthme		

Votre enfant suit-il un traitement ? Oui Non Si

oui, lequel ? Joindre l'ordonnance

Votre enfant est-il allergique ? Oui Non

Si oui, à quoi ?.....

Votre enfant a-t-il des contre-indications alimentaires ?

Si oui, lesquelles ?.....

Autres observations :.....

Nom du médecin traitant de votre enfant :

.....Tél :.....

Je soussigné(e)

Père, mère, tuteur responsable de l'enfant

Autorise son départ en classe découverte et sa participation aux activités du centre.

J'autorise le responsable du centre à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence selon les prescription du médecin du centre. Je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle (ces frais sont en partie remboursés par la sécurité sociale).

A..... le

Siganture