

AVIGNON LOISIRS JEUNESSE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRES MATERNELS BARTHELASSE CHATEAUNEUF DES LOISIRS SOUVINE SEJOURS

ENFANT

Nom : _____

Date de naissance :

Prénom : _____

Garçon _____

Taille _____ Poids : _____

Fille _____

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphones (en cas d'urgence) :

Domicile : _____ Professionnel : _____ Portable : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandé	Dates
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole - Rubéole - Oreillons	
Polio				Coqueluche	
<i>Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication</i>				Autres (préciser)	

Autorisation de prise de paracétamol en cas de fièvre supérieure à 38°5 OUI NON

ALLERGIES :

- Asthme
 Médicamenteuses
 Alimentaires (P.A.I.)

Autres : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE

(Joindre, si prise de médicaments, la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis).

DIFFICULTES DE SANTE - PRECAUTIONS A PRENDRE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :