

# 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 recommande	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole - Rubéole - Oreillons	
Polio				Coqueluche	
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication				Autres (préciser)	

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

#### ALLERGIES :

☐ Asthme

Autres : \_\_\_\_\_

☐ Médicamenteuses

☐ Alimentaires (P.A.I.)

#### 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 :