



Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Garçon Fille

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SEJOUR du au lieu.....

1 : Renseignement famille

Père : Nom : Prénom : Adresse : Numéro de tél : Numéro professionnel :	Mère : Nom : Prénom : Adresse : Numéro de tél : Numéro professionnel :
--	--

2 : Renseignements médicaux

Vaccins	Allergies	Antécédents Médicaux

L'enfant mouille-t-il son lit ?

Oui Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Oui Non

Consignes particulières :

.....
.....
.....
.....

3 : Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ect :

Précisez.

.....
.....
.....
.....

4 : Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. En l'absence de ce document votre enfant ne pourra être accueilli sur le séjour.

Je soussigné.....
(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)
Adresse.....
Code postal : Ville : Pays :
Tél portable : Tél domicile : Tél travail :

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur.

Nom : Prénom : Né (e) le Sexe

En mon absence, ma personne à prévenir en cas d'urgence est :

Nom : Lien de parentalité :
Adresse.....
Code postal : Ville : Pays :
Tél portable : Tél domicile : Tél travail :

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessous.

Fait à : Le : Signature : (Obligatoire la mention « lu et approuvé »