



# Fiche Sanitaire de Liaison

Photo

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISS:

ÂGE:

Séjour : \_\_\_\_\_

## Responsable de l'enfant

- Mère     Père     Tuteur     Educateur     Directeur M.E

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_ Tél 2 : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Couverture sociale :  Régime général SS     CMU     Autres, précisez : \_\_\_\_\_

## Information sur l'enfant

Vaccinations : **Obligatoire, fournir une photocopie du carnet de santé.**

Antécédent médicaux :     non     oui  
*si oui lesquels:* \_\_\_\_\_

Allergie :     non     oui  
*si oui lesquels:* \_\_\_\_\_

Traitement en cours\* :     non     oui  
*si oui lesquels:* \_\_\_\_\_  
*\*Ordonnance obligatoire*

L'enfant mouille-t-il son lit:     non     parfois     oui

Régime Alimentaire:     non     oui  
*si oui lesquels:* \_\_\_\_\_

AVEZ DES RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT VOTRE ENFANT :

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes les mesures (Traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendu nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Date

Signature

## Association l'Espoir

Colonie de vacances

Siège Social : 9 rue de Loyer - 30000 Nîmes

Tél. 04 66 84 90 46 ou 07 69 03 17 14

Email. colo.espoir@gmail.com

