



# 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 Loye - 30000 Nîmes

Tél. 04 66 84 90 46 ou 07 69 03 17 14

Email. colo.espoir@gmail.com

