

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin :

VACCINATIONS (vous pouvez nous transmettre copie du carnet de vaccinations)

DT POLIO oui non Date dernier rappel :

BCG oui non

ROR oui non

Hépatite B oui non

Méningite oui non

Autre (préciser) :

Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.

ALLERGIES

Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non

Autres (animaux, pollen, maquillage, plantes.....) oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue)

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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



Votre enfant porte-t-il :

Des lentilles oui non

Des lunettes oui non

Des prothèses auditives, appareil dentaire : oui non

Médecin traitant

Nom :.....

Adresse :.....
.....

N° de téléphone

Recommandations des parents

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

Mon enfant sait nager : OUI NON

Si oui, merci de fournir l'attestation du test d'aisance aquatique

Date et signatures des parents