



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PHOTO RÉCENTE



NOM

PRÉNOM

GENRE

DATE DE NAISSANCE


## COORDONNÉES, RESPONSABLE LÉGAL ET PERSONNES À CONTACTER :



@

PARENT 1: .....  .....

PARENT 2: .....  .....

AUTRE: .....  .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX:



N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

### VACCINATIONS



DTP (ANTIDIPTÉRIQUE-ANTITÉTANIQUE-ANTIPOLIOMYÉLITIQUE)

BCG (ANTITUBERCULEUSE)

ROR (ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE)

HÉPATITE B

AUTRES : .....



### TRAITEMENT & MÉDICAMENTS

LES MÉDICAMENTS DEVRONT ÊTRE REMIS À L'ACCUEIL À L'ARRIVÉE DE L'ENFANT. TOUT MÉDICAMENT NÉCESSITANT UNE ORDONNANCE DEVRA ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE CETTE DERNIÈRE

MON ENFANT SUIT UN TRAITEMENT MÉDICAL

J'AUTORISE LE CENTRE À DONNER DU PARACÉTAMOL

INFORMATIONS QUE VOUS JUGEZ UTILE À NOUS COMMUNIQUER :

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

## DATE ET TYPE DE SÉJOUR:

### SI SÉJOUR 100% ÉQUITATION :

N° DE LICENCE FÉDÉRAL : .....

EXAMEN VALIDÉ FFE : .....

## RÉGIME ALIMENTAIRE :

CLASSIQUE

VÉGÉTARIEN

SANS PORC

## ALLERGIES CONNUES :

.....

.....

## DATE & SIGNATURE :