FICHE SANITAIRE DE LIAISON **Centre de Loisir (St Savin) HIVER 2021**

L'ENFANT **NOM :** . . . . . **Prénom :** . . . . . .
Sexe : Masculin Féminin **Date de naissance :** . . . . . .

Est-il en règle au niveau de ses vaccinations ? OUI NON
Observations dans la négative : . . . . . .

DTPolio : Date du dernier rappel : . . . . . .

Est-il allergique ? Si oui citer dans quel(s) cas : . . . . . .
. . . . . .

Présente-t-il une indisposition à pratiquer une ou plusieurs des activités proposées . . . . . .
. . . . . .

Indiquer ici les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) : . . . . . .
. . . . . .

Recommandations des parents : . . . . . .
. . . . . .
Actuellement suit-il un traitement ? OUI NON
Si oui, lequel ? . . . . . .

Autorisation PHOTO : OUI -NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : . . . . . **Prénom** : . . . . . .

Adresse (pendant la période du séjour) . . . . . .

. . . . . .

Téléphone domicile : . . . . . **Téléphone travail** : . . . . . .

Portables mère : . . . . . **Père** : . . . . . .

N° de sécurité sociale : . . . . . .

Personnes désignées par les parents pour récupérer l'enfant :
Nom-prénom : ……. Tél : ……

Nom-prénom : ……. Tél : ……

Je soussigné, …….. Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ……**2021** **Signature :**