

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____ CLASSE : _____

PRENOM : _____ garçon _____

Date de naissance : _____ fille _____

Date et lieu du séjour : du 24 au 29 juin 2018

Centre UCPA de Giens. 4 avenue de la bergerie 83400 Hyères

Tel : 04/94/58/06/61

*VACCINATIONS : _____ vaccins obligatoires	OUI	NON	date des rappels
Diphtérie
Tétanos
DT polio
Ou DT tétra coq
BCG

*L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants

(Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

*L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui non varicelle oui non scarlatine oui non coqueluche oui non

Otite oui non rougeole oui non oreillons oui non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse : _____

Tel portable père _____

Mère _____

Fixe _____

Bureau _____

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

En cas d'absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM.....lien de parenté.....

Tel :

Date :

signature :