

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

garçon \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

filles \_\_\_\_\_

Date et lieu du séjour : du 23 au 28 juin 2019

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 :