

FICHE DE LIAISON

Séjour concerné:

Dates:

SEXE F M

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE: / /

ALLERGIES : NON OUI Précisez: _____

MALADIES: NON OUI Précisez: _____

TRAITEMENTS : NON OUI Précisez: _____

Si oui joindre une ordonnance récente (l'originale) et les médicaments correspondants

RÉGIME ALIMENTAIRE: _____

REMARQUES : _____

LES RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE MÈRE TUTEUR

NOM PRÉNOM : _____ NOM PRÉNOM : _____

TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉPHONE : _____

VACCINATIONS

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels |
|----------------------------|-----|-----|----------------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| ou DT polio | | | |
| ou Tétracoq | | | |
| Vaccins recommandés | | | |
| Hépatite B | | | |
| Rubéole oreillons Rougeole | | | |
| Coqueluche | | | |
| BCG | | | |
| Autre (précisez) | | | |

L'enfant a-t-il eu une des maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu Scarlatine Coqueluche
 Otite Rougeolle Oreillons

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et s'il y a lieu à rembourser l'association YOLO, le montant des frais médicaux avancés.

Nom Prénom du responsable:

Signature:

Date: