

# 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			
<b>Vaccins recommandés</b>			
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: