

FICHE DE LIAISON

Séjour concerné:

Dates:

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____ / _____ / _____

ADRESSE : _____

SEXE F M

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
Diphthérie			
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 Rougeole 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: