

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

COLONIE L'ESPOIR : 9 RUE DE LOYE, 30000 NIMES - TEL : 04 66 84 90 46 - FAX : 04 66 84 52 92 - COLO.ESPOIR@CEGETEL.NET

PHOTO  
(RECENTE)

NOM : .....

PRENOM : .....

NAISS. : .....

ARRIVEE : .....

DEPART : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

PÈRE

MERE

TUTEUR

EDUCATEUR

DIRECTEUR M.E

### COUVERTURE SOCIAL DE L'ENFANT

REGIME GENERAL S.S

C.M.U.

AUTRE (PRECISEZ)

.....  
JOINDRE COPIE ATTESTATION VITALE.

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : .....

MOBILE : .....

BUREAU : .....

FAX : .....

EMAIL : .....

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT

VACCINATIONS (JOINDRE UN COPIE DES CERTIFICATS)

ANTECEDENTS MEDICAUX : .....

ALLERGIE :

OUI

NON

SI OUI LEQUELLES : .....

(JOINDRE UN COPIE DES CERTIFICATS)

L'ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT :

OUI

NON

SI OUI JOINDRE LES CONSIGNES DU MEDECIN ET LA PRESCRIPTION.

L'ENFANT MOUILLE T'IL SON LIT :

OUI

NON

L'ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE A CARACTERE MEDICAL :

OUI

NON

SI OUI JOINDRE LES CONSIGNES DU MEDECIN OU DU DIETETICIEN.

AVEZ DES RECOMMANDATIONS PARTICULIERS CONCERNANT VOTRE ENFANT :

.....  
.....

JE SOUSSIGNE(E) RESPONSABLE DE L'ENFANT, DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE, ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SEJOUR A PRENDRE? LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENTS MEDICAUX, HOSPITALISATION, INTERVENTIONS CHIRURGICALES) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT.

DATE :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :