

Âge :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 0-3 ans

### I. ENFANT

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

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT

### II. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui  Non

Attention : **aucun traitement médical ne sera donné par l'équipe d'encadrement**, mais les parents pourront venir les donner aux moments des repas.

**ALLERGIES** : oui  non

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....

### III. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

.....  
.....

### IV. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉL PORTABLE : .....

### V. HABITUDES DE L'ENFANT

♦ Doudou : Oui  non

♦ Sieste : Oui  non

À quel moment ?.....

Combien de temps ?.....

Comment ? (Habillé, en pyjama, avec couche, turbulette...) .....

