

Âge :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 4-7 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

♦ Rituels (coucher/repas) : Midi :

Soir :

♦ Repas : tout seul avec une aide

♦ Propreté / Soucis de santé particuliers :

.....
.....
.....
.....
.....

Autres : Informations ou habitudes à porter à notre connaissance pour pouvoir nous occuper le mieux possible de votre enfant :

.....
.....
.....
.....

VI. SACREMENTS

Votre enfant :

Est baptisé oui non

S'est-il déjà confessé ? oui non

A-t-il fait sa première communion?

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

Pensez à bien marquer les affaires de votre enfant, s'il vous plaît .
