CHATEAUNEUF DE GALAURE
les Foyers de Charité
RETRAITES SPIRITUELLES

Âge : ☐

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
8-11 / 12-14 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 ☐
- Soucis de santé particuliers :

  Votre enfant est-il énurétique ? Oui ☐ non ☐

  (Pensez à bien prévoir une alèze en plus, bien imperméable et à fournir assez de linge de rechange.)

Mettez-vous en place des moyens particuliers par rapport à ce problème, et que vous voudriez que nous prolongions pendant le WE ?

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

- Autre particularité :

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

- Heure de coucher habituelle : .....
- Autres : Informations ou habitudes (de sommeil/traits de caractère… si nécessaire) 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!