

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

"Cuivres en Pays Basque"  
64500 Saint Jean de Luz  
Tel : 06 24 09 44 35

<b>1. ENFANT</b>					
Nom • .....		Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>			
Prénom • .....					
Date de naissance • .....		Classe • .....			
Ecole • .....					
<b>2. RESPONSABLE LEGAL</b>					
Nom • .....		Prénom • .....	Sexe : .....		
Adresse • .....					
Code postal • .....		Commune • .....			
Tél. Domicile • .....		Portable • .....	Bureau • .....		
N° allocataire CAF ou MSA (précisez) .....					
Centre de Sécu • .....		N° de Sécurité Sociale • .....			
Employeur • .....		Profession • .....			
Mutuelle • .....		N° Mutuelle • .....			
<b>3. PARENTS</b>					
<b>Mère</b>			<b>Père</b>		
Nom : .....			Nom : .....		
Prénom • .....			Prénom • .....		
Profession • .....			Profession • .....		
Employeur • .....			Employeur • .....		
Tél. domicile • .....			Tél. domicile • .....		
Tél. Portable • .....			Tél. Portable • .....		
Tél. Bureau • .....			Tél. Bureau • .....		
<b>4. SANTE</b>					
Précisez s'il s'agit : - du DT polio - du DT coq - du Tétracoq - D'une prise Polio	<b>Vaccins Pratiqués</b>	<b>Dates</b>	Antituberculeuse (BCG) Date vaccin : Date revaccination :	<b>Autres vaccins</b> Nom et date	
				.....	
				<b>Antivariolique</b>	<b>Injection de sérum</b>
				Date vaccin : Date revaccination :	Nature du sérum et date .....

5. MALADIES L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :				
Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatismes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otites <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

En cas d'allergies (asthme, alimentaires, médicamenteuses... ) ou de difficultés de santé (maladie, accidents, opération, crises convulsives... ) précisez les conduites à tenir.

---



---



---



---



---

6. AUTORISATIONS		
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autre ( Autre que les parents )		
Nom et adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant
Personnes à contacter en cas d'urgence autre ( Autre les Parents )		
Nom et adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Mon enfant sait-il nager ? : **Oui**  **Non**

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE