



ÉCLAIREUSES ♦ ÉCLAIREURS
DE FRANCE

FICHE DE LIAISON VOLVESTRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

	PARENT	PARENT
Nom-Prénom		
Adresse		
Tel fixe et/ou travail		
Tel portable		
Mail		

N° de Sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché-e :

Assureur resp. civile et n° contrat :

Personnes autorisées à faire sortir l'enfant (si vide : tous les parents du volvestre):

.....

Partie sanitaire

Si votre enfant suit un traitement médical,
donner impérativement copie de l'ordonnance avec le traitement aux respos.

VACCINATIONS se référer au carnet de santé ou en joindre une copie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
<i>Ou</i> DT polio				Coqueluche	
<i>Ou</i> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

EST-CE QUE L'ENFANT A DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	

Si votre enfant souffre d'allergies (pollen, médicament ou aliment) et/ou d'asthme, précisez lesquelles et la conduite à tenir :

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

Si votre enfant a ou a eu des difficultés de santé particulières (maladie, accident, rééducation, ...) dont la connaissance est pertinente pour les activités ou en cas d'hospitalisation imprévue, indiquez les avec les précautions à prendre :

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

Autres précautions particulières (lentilles, prothèse, enfant qui mouille son lit, enfant bientôt réglée, etc.)

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

Autorisation de soins médicaux

Je soussigné-e, responsable légal-e de l'enfant, autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par son état de santé.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts les renseignements portés ci-dessus.

Fait à Le Signature