

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**I- ENFANT : NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_  
**SEXE** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_

**II- VACCINATION** (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondant au carnet de santé)

**ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE**

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du tetracoq d'une prise polio	<b>RAPPELS</b>	<b>VACCIN PRATIQUE</b>	<b>DATES</b>
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

ANTIBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1er vaccin		vaccin			
Revaccination		1er vaccin			

Si l'enfant n'est pas vacciné, précisez pourquoi? :

INJECTION DE SERUM	DATES

**III- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? Répondre par OUI OU NON

RUBEOLE	VARCELLE	ANGINES	OTITES	SCARLATINE	COQUELUCHE	RHUMATISME	ASTHME	ROUGEOLLE	OREILLONS

Indiquez les autres difficultés de santé et précisez les dates :

**IV- RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

(l'enfant suit-il un traitement, mouille t-il son lit, s'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?)

---



---



---



---

**ATTESTATION**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **TEL :** \_\_\_\_\_  
**ADRESSE** (pendant la durée du séjour) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant,

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- accepte de rembourser les frais médicaux ou hospitaliers engagés par le FFBCamps pour mon enfant
- avoir pris connaissance des conditions générales et les accepte
- certifie que l'enfant est assuré en responsabilité civile
- prend bonne note que mon enfant peut être renvoyé du camp si sa conduite perturbe le bon fonctionnement de celui-ci
- prend bonne note que toute interruption de séjour motivée notamment par une exclusion ou par une blessure ne donne droit à aucun remboursement.

**DATE :** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE :** \_\_\_\_\_