

Fiche de liaison

Tout dossier incomplet sera retourné.

Les anciennes fiches sanitaires ne sont pas valables.

CENTRE : SIEST VACANCES EQUESTRES

NOM DE L'ENFANT :

Prénom usuel :

Date et lieu de naissance :

NOM et PRENOM du père :

NOM et PRENOM de la mère :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

Célibataire Marié Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) En ménage

ADRESSE DES PARENTS :

.....

Domicile et portable :

Travail du père :

Travail de la mère :

@ Adresse électronique (e-mail) :

Vous devez être joignables pendant toute la durée du séjour de votre enfant, TRES IMPORTANT (à compléter obligatoirement en cas de vacances ou d'absences imprévues)

Prévenir M. ou Mme :

N° de téléphone :

Votre N° de sécurité sociale :

Nom et adresse du centre de paiement :

.....

N° de mutuelle :

Je soussigné, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements consignés ci-dessus. J'autorise, en cas d'urgence, la Direction du Centre de vacances, à faire soigner ou opérer mon enfant et les médecins à pratiquer toute intervention, tout geste thérapeutique nécessité par son état de santé. Le : Signature de l'un des parents (obligatoire)

En l'absence d'autorisation, l'enfant ne sera pas accepté.

Traitement en cours : Votre enfant ne pourra suivre son traitement que s'il possède la dernière Ordonnance du médecin et les médicaments dans sa valise. Merci de préciser son nom sur chaque boîte.

Précisions particulières concernant l'enfant :

TRES IMPORTANT à compléter impérativement PAR LE MEDECIN

VACCINS : date du dernier rappel

(les photocopies du carnet de santé ne sont pas acceptées)

Tétanos :	Rougeole :	Polio :
Oreillons :	Diphtérie :	Rubéole :
Coqueluche :	Hépatite A :	Hépatite B :
BCG :	Test tuberculique :	

Antécédents médicaux : (merci de préciser l'année)

Rougeole : Rubéole : Oreillons : Otites :

Coqueluche : Rhumatismes : Varicelle : Autres :

Antécédents chirurgicaux : (merci de préciser l'année)

Fractures : Appendicite :

Autres :

Maladie particulière : (merci de préciser l'année)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné l'enfant :

1. Et le reconnais apte à pratiquer toutes les activités sportives en centre de vacances.

2. Et émets des réserves à pratiquer les activités suivantes :

Fait àle.....

Le médecin (cachet et signature)