

Fiche Sanitaire de Liaison

Pensez à joindre une photo d'identité.

Retour par courrier : **Argos Junior**, 12 route de Saint Jean, 06140 Tourrettes sur Loup
ou par mail après l'avoir remplie, signée et scannée : contact@argosjunior.com

Nom _____ **Prénoms** _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ **Age** ____ **Sexe** garçon fille

Tél portable (si l'enfant en possède un) _____

Autres informations Taille ____ Poids ____ Pointure ____

- niveau natation (si besoin) : très bon bon moyen ne nage pas
- niveau de ski (si besoin) : très bon bon moyen ne ski pas

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical oui non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants obligatoirement dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant.

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole Coqueluche Varicelle Rougeole
- Otite Angine autre : _____

Allergies : Précisez l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

- Asthme Alimentaires Médicamenteuse _____

Autres problèmes de santé à signaler (maladies, accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Régime alimentaire particulier oui, précisez... non

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...

MEDECIN TRAITANT

Nom, Prénom _____ **Tél** _____

Adresse _____

VACCINATIONS

Merci de vous référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant pour remplir le tableau.

Vaccins obligatoires	Date	Date dernier rappel	Contre indication*
Diphtérie			
Tétanos			
Polio			
Autres vaccins			

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Tél domicile _____ Tél portable _____

Tél bureau _____

AUTRE PERSONNE A CONTACTER PENDANT LE SEJOUR (EN CAS D'URGENCE)

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél domicile _____ Tél portable _____

Lien de parenté frère/sœur grands-parents oncle-tante autre _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche de liaison et autorise Argos Voyages à faire pratiquer en cas d'urgence sur mon enfant tout examen médical ainsi que toute intervention chirurgicale à la demande du corps médical.

Fait à _____ Signature du responsable légal

Le ____ / ____ / _____