

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Cette fiche obligatoire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Valable un an.

This obligatory form makes it possible to collect useful information during the stay of the child; she avoids depriving you of her health record. Valid for one year.

NOM/LAST NAME : PRÉNOM/NAME :	Date de naissance (J/M/A) Birth date (D/M/Y) :	Garçon/Boy <input type="radio"/> Fille/Girl <input type="radio"/>
	N° de sécurité sociale/ Social Security Number :	

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé/ refer to the child's health record).

Diphtérie / Diphtheria Date : ____/____/____	Tétanos / Tetanus Date : ____/____/____	Poliomyélite / Poliomyelitis Date : ____/____/____
---	--	---

Renseignements médicaux concernant l'enfant / Medical information about the child

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? Does the child have medical treatment during the year?
 Non Oui Lequel ? No Yes Which one?
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. *If yes, attach a recent prescription and the corresponding medicines. No medication can be taken without a prescription*

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Has the child already had the following diseases?

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui/Yes									
Non/No									

ALLERGIES (médicaments, alimentaires, Asthme,...)/(medicines, food, Asthma,...) :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir/ Specify the cause of the allergy and what to do :

Indiquez ci-après les informations utiles (régime particulier, maladie, accident, hospitalisation, opération, ...) en précisant **les précautions à prendre**
Indicate below useful information (diet, illness, accident, hospitalization, operation,...) specifying **the precautions to take**

RESPONSABLES DE L'ENFANT/ RESPONSIBLE FOR THE CHILD



NOM /PRÉNOM : LAST NAME/NAME

N° à joindre en cas d'urgence : N° to contact in case of emergency :

DROIT A L'IMAGE/ RIGHT TO IMAGE

 J'autorise EBIHS à diffuser et à reproduire tout enregistrement (photo, vidéo, audio) : Oui Non

 I authorize EBIHS to broadcast and reproduce any recording (photo, video, audio) : Yes No
Sans contrepartie financière et de durée dans le temps, et à dater de la présente autorisation, à des fins non commerciales et dans le cadre exclusif des activités organisées par EBIHS (site Internet, films vidéos, expositions), sous réserve de préserver l'intimité de la vie privée de mon enfant.
Without financial compensation and of duration in time, and as from the date of this authorization, for non-commercial purposes and within the exclusive framework of the activities organized by EBIHS (website, video films, exhibitions) and subject to preserve the privacy of my child's privacy.
PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT / PERSONS AUTHORIZED TO RECOVER THE CHILD

Nom, Prénom 	Last Name / Name 
--	---

 Je soussigné
 responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site ebihs.fr

I, the undersigned legal guardian of the child, declares the information given on this form correct and authorizes to take, if necessary, all measures (medical treatment, hospitalization, surgical intervention) made necessary by the state of the child and having read the rules of procedure available on the site ebihs.fr

Date :

Signature :