



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Accueil de Loisirs
2022-2023

ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
CLASSE ET ECOLE _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

EN CAS DE DIVORCE, TRANSMETTRE LE JUGEMENT STATUANT SUR LES MODALITES DE GARDE

Nom/Prénom.....
Adresse.....
MAIL.....
Tel Dom:..... Portable1..... Portable2.....
Bureau1:..... Bureau2.....
Profession et employeur des parents.....
Nom et tel du médecin traitant.....
Régime général
Numéro de sécurité sociale :.....
Autre régime MSA/SNCF/RATP merci de préciser :.....
N° allocataire CAF :.....joindre justificatif du quotient familial pour application du tarif
 Autorise à vérifier N'autorise pas à vérifier : le service à consulter le service CAFPRO

Veuillez préciser l'adresse de facturation si différente du représentant légal

Nom/Prénom :.....
Adresse :.....

Personnes (outre les parents) à contacter ou autorisées à récupérer l'enfant au lieu d'accueil ou en cas d'urgence

Nom :..... Téléphone :..... Nom..... Téléphone :.....
Nom :..... Téléphone :..... Nom :..... Téléphone :.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélique

JOINDE LA COPIE DES VACCINATIONS

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

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons Coqueluche
autres (Veuillez préciser)

L'enfant suit-il un traitement médical? oui non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Pour tout traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

