



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM de l'enfant

Prénom

Date de naissance/...../..... Fille Garçon

NOM de la mère (si différent de l'enfant)

Adresse

.....

Commune ☎ Domicile

Code postale ☎ Portable

☎ Travail

Mail

Numéro Sécu. Social (qui couvre l'enfant) | |

Numéro Allocataire

VOTRE ASSURANCE

Nom de la Société

Adresse

N° de contrat

VACCINATIONS*

**(dernière date des vaccins + photocopies)*

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
DT polio	

Allergie(s) médicamenteuse(s) oui non

Si oui, lesquelles

Problèmes médicaux spécifiques :

.....

REPAS SPECIAUX

Allergie(s) alimentaire(s) oui non

Si oui, lesquelles

Régime alimentaire : sans régime sans porc

NOM (du médecin traitant) ☎

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Signature du responsable de l'enfant :

AUTORISATIONS

Autorise la ou les personne(s) suivante(s) à venir chercher l'enfant :

Nom / Prénom de l'adulte :

Téléphone :

Lien de parenté :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fratrie* Age :

..... Age :

* si frère ou sœur **à partir de 12 ans (collège)**

Autorise L'Association des Centres socio-culturels de Caluire à utiliser la photo et l'image de mon enfant dans le cadre de sa communication (presse, communication écrite, Facebook, blog, Site Internet, plaquettes).

N'autorise pas

Autorise - à rentrer seul(e) à la fin de l'activité.

N'autorise pas - Départ autorisé à : H

SIGNATURE

Caluire le / /

Signature :