



## 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 .....

Mail .....

Portable .....

Travail .....

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)*

D.T.P : .....      Tétanos : .....

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 :            Lien de parenté :

- Adulte ..... ☎ : .....  
.....  
.....

- Fratrie\* ..... 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 :