

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : ___/___/_____

Sexe : M / F

Représentant légal 1 : père, mère ou responsable de l'enfant (1)

Nom, prénom :

Adresse :



: Domicile : _____ Travail : _____ Téléphone portable : _____

Représentant légal 2 : père, mère ou responsable de l'enfant (1)

Nom, prénom :

Adresse :



: Domicile : _____ Travail : _____ Téléphone portable : _____

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom :

Adresse :



: Domicile _____ Travail : _____ Téléphone portable : _____

Nom, prénom :

Adresse :



: Domicile : _____ Travail : _____ Téléphone portable : _____

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant en cas de problème médical.

Si nécessaire, je souhaite qu'il soit soigné auprès de :

L'hôpital (adresse, téléphone) :

La clinique (adresse, téléphone) :

Médecin traitant :



: Adresse :

Assurance responsabilité civile :

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil.

VACCINS	DATES

Maladies ou allergies sévères connues : (diabète, asthme, allergies alimentaires, etc.)

.....
.....

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation, port de lunettes, port d'appareillage auditif, etc.)

.....
.....

Traitement médicamenteux :

.....
.....

Allergies médicamenteuses connues :

.....
.....

☛ Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant, contactez le responsable de la structure d'accueil.

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Fait à

Le

Signature