

FICHE SANITAIRE

ALAÉ DE SAINT ANTOINE contact : Carole 06 71 13 82 97

1- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____

LES VACCINATIONS SONT ELLES A JOUR ? _____

A-T-IL DES ALLERGIES ? si oui, lesquelles? _____

RECOMMANDATIONS UTILES : (lunettes, prothèses, difficultés de santé...)

2- RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

N° ALLOCATAIRE : _____

N° TEL : DOMICILE: _____

PORTABLE: _____

BUREAU: _____

MAIL : _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : _____

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.

DATE:

SIGNATURE: