

# FICHE DE LIAISON SANTE

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

Garçon  Fille

Adresse mail de la famille : .....@.....

### Renseignements médicaux :

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diaphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Allergies	OUI	NON	Si oui précisez
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

Autres indications utiles (port de lunettes, suivi spécialisé...) :

.....  
 .....  
 .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Responsable légal n°1 :

Responsable légal n°2 :

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

Profession : ..... Profession : .....

☎ portable : ..... ☎ portable : .....

☎ travail : ..... ☎ travail : .....

Allocataire :  CAF  MSA :  salarié ou  exploitant

Nom du bénéficiaire : .....

N° allocataire : .....

Quotient familial : .....€ Date : .....

Quotient familial : .....€ Date : .....

Quotient familial : .....€ Date : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal du mineur, .....

- Autorise la directrice à faire soigner mon enfant et à l'hospitaliser si nécessaire,
- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités du centre,
- Autorise mon enfant à être transporté par un véhicule particulier ou par transport en commun.

Autorise mon enfant à rentrer seul :  Oui  Non

Autorise mon enfant à rentrer avec : .....

.....  
 .....

Je reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur,

Date et Signature(s) :