

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

Nom(s) et prénom(s) des parents ou du responsable légal : _____

Adresse : _____

N° de tél. fixe :/...../...../..... N° tél port. :/...../...../.....

N° CAF (obligatoire) : _____

Autorisation CAF PRO (vérification quotient familial) : OUI NON

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : _____

PERSONNE POUVANT ETRE CONTACTEE LA JOURNEE : _____

TELEPHONE : _____

En cas d'absence de l'enfant, merci de prévenir Madame Karine SUAREZ au 06.73.35.94.46

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non (prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non (prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non (prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) : _____

4 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux animations : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

J'autorise les responsables en fonction de leurs compétences à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident, de prévenir les secours et de prévenir les parents ou personnes désignées : oui non

J'autorise mon enfant à être pris en photo (droit à l'image) : oui non

5 – ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

COMPAGNIE (NOM ET ADRESSE) : _____

NUMERO : _____

Fait au Thillot, le _____

Signature