



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Taille : Poids:..... Kg

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
N° Sécurité sociale :						

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : Caf de la Moselle Autre C.A.F.

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

En dehors des parents, quelles sont les personnes susceptibles de venir chercher mon enfant?

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Je déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

L'enfant est-il autorisé à être maquillé pendant les activités ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu Scarlatine Coqueluche
 Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Otite Rougeole Oreillons L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour
 Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Si oui, lequel?

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Fait à , le Signature :