



ACCUEIL DE LOISIRS
DE LA VILLE DE BEAUGENCY

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE 2010

**FICHE SANITAIRE ENFANT
DE LIAISON**

Nom : _____

Prénom : _____

N° de sécu _____ Date de naissance __/__/__

Garçon Fille

ADRESSE

Maman :

Nom : _____ Prénom _____

Rue : _____ Code postal : _____

Commune : _____

☎ __/__/__/__ ☎ __/__/__/__/__ ☎ travail : __/__/__/__/__

Papa *(Ne pas remplir l'adresse si celle-ci est identique à la maman)*

Nom : _____ Prénom _____

Rue : _____ Code postal : _____

Commune : _____

☎ __/__/__/__/__ ☎ __/__/__/__/__/__ ☎ travail : __/__/__/__/__/__

INFORMATIONS MEDICALES

NOM	DATE
DTCP (Infanrix, Pentacoq, Pentavac)	
ROR (ROR Vax, Priorix)	
HEPATITE (Engérix, HB Vax DNA)	
BCG (MonoVax)	

Médecin Traitant : _____

☎ __/__/__/__/__

Au repas mon enfant mange du porc

Ne mange pas de porc

ALLERGIES : _____ Cause de l'allergie et conduite à tenir :

Indiquez les autres soucis de santé (maladies, accidents, crises convulsives, opérations, traitements...) et précisez les dates :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____

Autorise :

Mme ou Mr _____ ☎ ____/____/____/____/____ à prendre en charge mon enfant après l'accueil de loisirs (personne Majeure, ou sur autorisation parentale manuscrite)

Autorise mon enfant à rentrer seul (remplir la fiche d'autorisation)

Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport pour les déplacements qui ont lieu pendant la journée de centre

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités (sportives, sorties...)

Donne mon accord pour la diffusion dans le cadre d'activités pédagogiques de photos de mon enfant ou de séquences filmées.

Autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date,

Signature,