

L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète:.....

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal Personnel tél fixe : tél portable : adresse mail : Professionnel tél fixe : tél portable : adresse mail :	Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal Personnel tél fixe : tél portable : adresse mail : Professionnel tél fixe : tél portable : adresse mail :
---	---

CAISSE DE RATTACHEMENT :

<i>Mettre une croix dans le régime concerné</i>	Régime général ex : CAF	Régime agricole ex : MSA	Autre régime ex : RSI

N° Allocataire :(à compléter)

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant sus nommé

- Autorise N'autorise pas : le directeur/l'animateur à transporter mon enfant,
 Autorise N'autorise pas : d'autres parents à transporter mon enfant,
 Autorise N'autorise pas : les bénévoles à transporter mon enfant,
 Autorise N'autorise pas : le Centre Socioculturel à photographier ou filmer mon enfant pour la promotion des activités,
 Autorise N'autorise pas : mon enfant à rentrer seul à la maison.

Signature

Fait à le

FICHE DE LIAISON SANTÉ	NOM :
	PRÉNOM :
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
	DATE DE NAISSANCE :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT. ELLE EST VALABLE POUR L'ANNEE 2017-2018.

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	NON	OUI	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tetracoq			

ALLERGIES :

	NON	OUI	A QUOI ?
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

Si l'enfant suit un traitement pendant le séjour : joindre les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et joindre l'ordonnance (aucun médicament ne pourra être pris en dehors de ces conditions).

POINTS D'ATTENTION ET RECOMMANDATIONS :

.....

Je soussigné(e) :

- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise les responsables à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.

Signature

Fait à le