

**Fiche Sanitaire**

**Centre de Loisirs de RAI**

**Bulle d’Air**

Famille :

**PERE – MERE – TUTEUR**

Nom, Prénom :……………………………………………………

Adresse :…………………………………………………………….

Code postal…………………..Ville…………………………….

Tel …………………………… Tel travail……………………….

@..........................................................................

**Assurance**

Compagnie :………………………………………………………

Numéro de contrat……………………………………………

**Médecin**

Nom :………………………………………………………

Tel :…………………………………………………………

**Difficultés de santé**

**VACCINS OBLIGATOIRES**

Diphtérie Oui / Non

Tétanos Oui / Non

Poliomyélite Oui / Non

Ou DT polio Oui / Non

Ou Tétracoq Oui / Non

**Personnes Autorisées a venir chercher l’enfant**

Nom, Prénom :……………………………………………………

Tel ……………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Autorise le Centre de Loisirs à utiliser et diffuser à titre gratuit des photographies réalisées dans le cadre de l’accueil de loisirs, ainsi qu’à exploiter ces clichés à des fins d’information et sur facebook. | * Oui
* Non
 |
| Autorise l’enfant à quitter seul de Centre de Loisirs | * Oui
* Non
 |
| Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le Centre de Loisirs | * Oui
* Non
 |

**Personnes Autorisées a venir chercher l’enfant**

Nom, Prénom :……………………………………………………

Tel ……………………………………………………………………..

**Enfant**

Nom, : :………………………………………………………

Prénom :………………………………………………………

Date de naissance :………………………………………

Ecole……………………………………………………………

**PERE – MERE – TUTEUR**

Nom, Prénom :……………………………………………………

Adresse :…………………………………………………………….

Code postal…………………..Ville…………………………….

Tel …………………………… Tel travail……………………….

@..........................................................................

**Allocataire**

Régime :………………………………………………………

N° :……………………………………………………………..

**PAI**

Oui / non

Motif : …………………………………………………………..

**Allergies ou régime alimentaire**

**VACCINS RECOMMANDÉS**

Hépatite B Oui/Non

Rubéole-Oreillons-Rougeole Oui/Non

Coqueluche Oui/Non

Autres (préciser) Oui/Non

 BCG

**Personnes Autorisées a venir chercher l’enfant**

Nom, Prénom :……………………………………………………

Tel ……………………………………………………………………..

**Personnes Autorisées a venir chercher l’enfant**

Nom, Prénom :……………………………………………………

Tel ……………………………………………………………………..

**Année 20…./20….**

Je soussigné ………………………….…… Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Date : Signature :

**Année 20…./20….**

Je soussigné ………………………….…… Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Date : Signature :

**Année 20…./20….**

Je soussigné ………………………….…… Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Date : Signature :

**Année 20…./20….**

Je soussigné ………………………….…… Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Date : Signature :

**Année 20…./20….**

Je soussigné ………………………….…… Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Date : Signature :