



Fiche Sanitaire

Centre de Loisirs de RAI

Bulle d'Air

Famille :

Enfant

Nom, : :

Prénom :

Date de naissance :

Ecole.....

PERE – MERE – TUTEUR

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal.....Ville.....

Tel Tel travail.....

@.....

PERE – MERE – TUTEUR

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal.....Ville.....

Tel Tel travail.....

@.....

Assurance

Compagnie :

Numéro de contrat.....

Allocataire

Régime :

N° :

Médecin

Nom :

Tel :

PAI

Oui / non

Motif :

Difficultés de santé

Allergies ou régime alimentaire

VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie Oui / Non

Tétanos Oui / Non

Poliomyélite Oui / Non

Ou DT polio Oui / Non

Ou Tétracoq Oui / Non

VACCINS RECOMMANDÉS

Hépatite B Oui/Non

Rubéole-Oreillons-Rougeole Oui/Non

Coqueluche Oui/Non

Autres (préciser) Oui/Non

Personnes Autorisées a venir chercher l'enfant

Nom, Prénom :

Tel

Personnes Autorisées a venir chercher l'enfant

Nom, Prénom :

Tel

Personnes Autorisées a venir chercher l'enfant

Nom, Prénom :

Tel

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

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 :