

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS

DT Polio, DTP

Date :

Rappel :

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre le certificat médical de contre indication.

Médecin traitant : -----

Tél : -----

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

RUBEOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE
COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE

Autres : -----

Difficultés de santé : maladies, accidents, allergies, opération.

Recommandations des parents (régime alimentaire, vigilances,...) :-----

L'enfant suit-il un traitement : oui non

Si oui, joindre l'ordonnance aux médicaments.

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom _____

Je soussigné, responsable de l'enfant,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- certifie l'exactitude du lieu de résidence.

Date _____ Signature :

J'INSCRIS MON ENFANT AUX ACTIVITES SUIVANTES

(suite) :

ACTIVITE	LIEU	DATE	HEURE ARRIVEE	HEURE DEPART	SIGNATURE

J'autorise le Centre Social de La Soierie à utiliser les photos sur lesquelles figure mon enfant pour ses documents d'information et son site internet :

- Oui Non

(Conformément à la loi « informatiques et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communications des informations vous concernant, veuillez vous adresser à La Soierie.)