

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – SECTEUR JEUNES

ENFANT

NOM:..... PRÉNOM:
DATE DE NAISSANCE:.....

PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

PÈRE (OU RESPONSABLE LÉGAL 1)

NOM:..... PRÉNOM:
N° SECURITE SOCIALE..... N°ALLOCATAIRE CAF:.....
TEL PORT:..... PROFESSION:.....
ADRESSE:.....
MAIL:.....

MÈRE (OU RESPONSABLE LÉGAL 2)

NOM:..... PRÉNOM:
N° SECURITE SOCIALE..... N°ALLOCATAIRE CAF:.....
TEL PORT:..... PROFESSION:.....
ADRESSE:.....
MAIL:.....

AUTRE PERSONNE (À CONTACTER EN CAS D'URGENCE) ET/OU HABILITÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT:

NOM:..... PRÉNOM:
LIEN AVEC L'ENFANT:..... TÉLÉPHONE:.....
ADRESSE:
NOM:..... PRÉNOM:
LIEN AVEC L'ENFANT:..... TÉLÉPHONE:.....
ADRESSE:



Recommandations utiles des parents ou responsables légaux (port de lentilles, de prothèses auditives.....):

.....
.....

MERCI DE JOINDRE À CE DOCUMENT LA PHOTOCOPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT.

Je soussigné(é) MME/M.....
responsable de l'enfant.....

certifie les renseignements mentionnés ci-dessus, et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE:/...../.....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LÉGAL