

	FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023 CANTINE - PERISCOLAIRE ACCUEIL DE LOISIRS	Nom : Prénom : Date de naissance : Rhésus sanguin :
---	---	---

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Adresse de l'enfant :

Classe fréquentée : Nom de l'enseignant :

N° Allocataire CAF:

Coordonnées du Père de l'enfant	Coordonnées de la Mère de l'enfant	Personne à prévenir en cas d'accident
Nom – Prénom	Nom - Prénom	Nom - Prénom
Profession :	Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél.dom* :	Tél.dom* :	Tél.dom* :
Tél.Port* :	Tél.Port* :	Tél.Port* :
Courriel :	Courriel :	
Lieu de travail :	Lieu de travail :	Lieu de travail :
Tél.* :	Tél.* :	Tél.* :

*Prévenir immédiatement en cas de changement

Autorisez-vous l'administration à enregistrer vos coordonnées ?

☐ OUI

☐ NON

MEDECIN TRAITANT

Nom, Adresse et numéro de téléphone :

■ En cas d'urgence et en cas d'absence du médecin de famille, un autre docteur pourra être appelé.

■ En cas d'accident (ex : coups à la tête), les animatrices appellent les pompiers et/ou le SMUR puis les parents.

Je soussigné(e) : Père ☐, Mère ☐, ou tuteur ☐,

De l'enfant (nom et prénom) :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR : Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant,
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel à prendre le cas échéant, toutes mesures
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.