



FICHE SANITAIRE DE LIAISON SECTEUR ENFANCE

Tarif cantine

ANNEE _____ / _____

Votre enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Sexe : Féminin masculin

Couple parental

Mère : Nom et prénom : _____

Père : Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Portable maman : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Portable papa : ___ - ___ - ___ - ___

Courriel : _____

Profession mère : _____

Employeur et tél. : _____

Profession _____

Profession père : _____

Employeur et tél. : _____

Profession _____

Parent isolé

Nom et prénom du parent: _____

Adresse : _____

Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Portable : ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Courriel : _____

Employeur et tél. : _____

Profession _____

Renseignements administratifs

N° Immatriculation SS couvrant l'enfant : _____

Autre régime que celui du régime général de la Sécurité Sociale : _____

Mutuelle : Nom et Adresse : _____

N° Allocataire C.A.F. : Mère OU Père _____

Assurance couvrant l'enfant (responsabilité civile) : Nom et N° de Police : _____

Médecin traitant :

Nom : _____

Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : _____

N° tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison : oui non

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE CENTRE SOCIAL ?

bouche à oreille

mairie

école

autre (préciser)

Vaccinations

Groupe sanguin

Photocopie du carnet de santé ou du certificat de vaccination.

Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Non oui :.....	VARICELLE Non oui :.....	ANGINE Non oui :.....	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Non oui :.....	SCARLATINE Non oui :.....
COQUELUCHE Non oui :.....	OTITE Non oui :.....	ROUGEOLE Non oui :.....	OREILLONS Non oui :.....	

Allergies :

ASTHME Non oui :.....	MEDICAMENTEUSE Non oui :.....
ALIMENTAIRES Non oui :.....	AUTRES :

Régime ou remarque alimentaire (en dehors des allergies) _____

P.A.I.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....
Précisez :

J'autorise le responsable à prendre toutes les mesures médicales et chirurgicales reconnues nécessaires .

Je m'engage à vous signaler toute modification des renseignements de la présente fiche sanitaire dans les plus brefs délais

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte toutes les conditions générales d'inscription.

Mention Manuscrite « lu et approuvé »

Signature

Fait à La Rochelle, le _____

Mises à jour :

Date	Signature