

ACCUEIL DE LOISIRS DES ROUSSES

165 Rue des Ecoles
39220 LES ROUSSES

Tél. : 03 84 60 51 33

E.mail : accueilde Loisirs@mairielesrousse.fr

FICHE SANITAIRE

1 – ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccinations : joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année scolaire ?

.....
.....

L'enfant est-il allergique ?

Asthme :

Alimentaire :

Médicamenteuse :

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (dossier P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé – à fournir :

.....

3 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

.....

Adresse :

.....

Tél. dom. : Tél. portable :

.....

Tél. Travail :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

● Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,
..... certifie exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable d' l'Accueil de Loisirs des Rousses, a prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, y compris son hospitalisation.

Date :

Signature :

● Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,
..... autorise, n'autorise pas (1) l'équipe de l'Accueil de Loisirs à filmer et/ou photographier mon enfant lors des activités.

(1) rayer la mention inutile

Date :

Signature :