

BEAR'S VILLAGE

97115 Sainte-Rose

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F / M
Date de Naissance : .../.../... Lieu de Naissance :

II. VACCINATION

Joindre les copies des pages correspondantes du carnet de santé

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Rubéole Varicelle Angines Rhumatisme Scarlatine
Coqueluche Otites Asthme Rougeole Oreillons Autre

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(maladies, accidents, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducations, ect...)

.....
.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui lequel :

Aucun médicament ne peut être donné aux enfants au sein de la structure.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : N° SS :
Agissant en qualité de : Père Mère N° CAF :

N° Tel Domicile : N° Tel Travail : N° Tel Port :

Adresse :

Profession de la mère : N° Tel Bureau.....

Adresse employeur.....

Profession du père : N° Tel Bureau.....

Adresse employeur.....

Centre de Loisirs : Mercredis Vacances

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepte pleinement. Signatures des Parents