



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'inscrit :

Prénom de l'inscrit :

Fille/garçon - né(e) le : _____ à _____

Niveau scolaire :

Représentant 1 de la famille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Employeur :

personnel

professionnel

: _____ @ _____

Représentant 2 de la famille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Employeur :

personnel

professionnel

: _____ @ _____

Médecin

Dr :

Tél :

Régime allocataire

CAF MSA

N° allocataire :

Vaccin _____ Date _____ Date Rappel _____

D.T. POLIO : - -

Allergies

-
-
-

Projet d'Accueil Individuel

-
-
-

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom

Lien (père, mère...)

dom.

portable

-
-
-

Je soussigné(e),, autorise le personnel encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...).

Fait à CASTRES-GIRONDE, le ...

Signature