



ACCUEIL DE LOISIRS (AL)  
DE NIVILLAC

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

- **NOM DE L'ENFANT** : ..... **Prénom de l'enfant** : .....  
- **Date de naissance** : ..... **Sexe** : .....

- Nom et prénom du père : ..... Profession : .....  
- Nom et prénom de la mère : ..... Profession : .....

**En cas de parents séparés, merci d'indiquer qui sera le payeur :** père  mère

- **ADRESSE** : .....

- **NUMERO DE TELEPHONE** : .....

- **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (nom, prénom, n° de téléphone)** : .....

- **Médecin traitant (nom et n°téléphone)** : .....

**VACCINATIONS : MERCI DE NOUS FOURNIR LES PHOTOCOPIES DES VACCINS DU CARNET DE SANTE**  
*(Si l'enfant n'a pas de vaccins, joindre un certificat médical de contre – indication)*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le centre? Oui  Non  Lequel.....

**En cas de prise pendant les heures de présence au centre, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants**  
*(emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)*

**ALLERGIES**

Asthme (même si c'est un petit...) Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Préciser.....  
Médicamenteuses Oui  Non  Préciser.....  
Autres Oui  Non  Préciser.....

Indiquez **les problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc...), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Cette fiche sanitaire est valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016**

Fait à....., le.....

Signature du représentant légal