

Fiche sanitaire

Photo



ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Code postal : _____ Nationalité : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° de Sécurité Sociale : _____
 Nom de la compagnie d'assurance : _____
 N° du contrat :

RESPONSABLE LÉGAL 1

Père Mère Tuteur
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Tél. portable responsable 1 :

RESPONSABLE LÉGAL 2

Père Mère Tuteur
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Tél. portable responsable 2 :

VACCINATIONS

	OUI	NON	Date des derniers rappels
Diphtérie	○	○	
Tétanos	○	○	
Poliomyélite	○	○	
ou DT polio	○	○	
ou Tétracoq	○	○	

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'(LES) ENFANT(S)*

Nom, Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Âge (si mineur)	Numéros tél. (domicile, portable)	JE L'AUTORISE	
				À être prévenu en cas d'accident	À récupérer mon enfant
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Allergie : oui non Précisez : Régime alimentaire : oui non Précisez :

Enfant en situation de handicap : oui non Précisez :

Date :/...../.....

NOM Prénom

Signature du Responsable légal :