FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Elle suivra l'enfant sur son lieu d'activité

NOM et prénom de l'enfant .....

SEXE GARÇON ☐ FILLE ☐

DATE DE NAISSANCE .....

VACCINATIONS, l'enfant est-il à jour de ses vaccinations oui ☐

non ☐

Si non, pour quelle(s) raison(s) .....

Indiquez, s'il y a lieu, les difficultés de santé de l'enfant (allergies, crises convulsives…) .....

Recommandations des parents .....

.....

.....

NOM et prénom du représentant légal .....

ADRESSE.....

.....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse du centre payeur : .....

Je soussigné(e) .....
responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale…) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date

Signature