

## FICHE SANITAIRE

<p><b><u>SERVICES</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Restauration scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil périscolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil de Loisirs</p>	<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Lieu de naissance : _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Garçon    <input type="checkbox"/> Fille</p> <p>Ecole fréquentée : _____</p> <p>Classe : _____</p>
---	---

### Représentant légale

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Autre personnes	A contacter en cas d'urgence	Autorisé à venir chercher l'enfant
NOM : _____ PRENOM : _____ Qualité : _____ Tél Domicile : _____ Portable : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM : _____ PRENOM : _____ Qualité : _____ Tél Domicile : _____ Portable : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM : _____ PRENOM : _____ Qualité : _____ Tél Domicile : _____ Portable : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### ASSURANCE

Compagnie : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

Joindre une attestation (obligatoire : Responsabilité civile – conseillé : Individuelle accident)

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**Vaccinations** : Fournir la photocopie du carnet de vaccinations en vérifiant que les nom et prénom de l'enfant soient clairement mentionnés.

**Remarques concernant la santé de l'enfant** (exemple : diabète, asthme, allergies alimentaires, régimes alimentaires,...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Remarque concernant l'enfant** (exemple : port de lunette, d'appareillage dentaire ou auditif...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_