

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil des jeunes Le QG
20 Rue Jean de la Fontaine
78440 GARGENVILLE
Tél. 06 32 88 53 43

Nom de l'enfant

Prénom.....

Date de Naissance.....

Adresse.....

.....

Téléphone.....

Adresse Mail :@.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom.....

Prénom.....

Adresse

Téléphone domicile

Téléphone bureau

Portable

N° de Sécurité Sociale

Nom et adresse de la Mutuelle

.....

N° de la Mutuelle.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à vous informer en cas de modifications de ces derniers. J'autorise l'équipe d'animation du Service Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

De plus, j'autorise le responsable du service jeunesse à retirer mon enfant de l'hôpital en cas de sortie de ce dernier.

Le

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Nom
Prénom.....
Adresse
Téléphone domicile.....
Téléphone Bureau
Portable

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR DES PARENTS

Père.....
.....
Mère
.....
N° de CAF (Caisse d'Allocation Familiale) :

DATES DE VACCINATIONS

- Antipoliomyélitique – Antidiphtérique – Antitétanique – Anticoquelucheuse
Précisez s'il s'agit du :
 - DT Polio
 - DT Coq
 - Tétracoq
 - D'une prise polio

Rappels :

- Antituberculeuse (BCG)Rappels
- AntivaricelleuseRappels
- Autres vaccins

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement (si oui, lequel ?)

.....

Allergies éventuelles

.....

Médecin traitant (Nom et n° de téléphone)

Hôpital ou Clinique en cas d'hospitalisation (Nom et n° de téléphone).....

Recommandations particulières concernant votre enfant :

.....

.....