LEO LAGRANGE MEDITERRANEE
Accueil de Loisirs la Sympathie
16 rue des Epinettes
04000 DIGNE-LES-BAINS
Tél. : 04-92-32-46-95

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES SORTIES ET LES SEJOURS
Il est recommandé de remplir toutes les rubriques, en lettres capitales, avec le plus grand soin

NOM et prénom de l'enfant :

Sexe : Fille ☐ Garçon ☐

Date de naissance : / /

Nom et prénom à contacter en cas d'urgence :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence :…….. ou ……..

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ /__/__/

L'enfant à t-il un traitement à l'année : Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel : _____

L'enfant est-il allergique : Oui ☐ Non ☐

Si oui veuillez préciser les allergies (alimentaires ou autres) :

L'enfant à t-il des antécédents médicaux : Oui Non

Si oui lesquels :

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial (végétarien, sans porc, sans viande…) : Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel : ……..……..

J'autorise l'Accueil de Loisirs à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des activités de l'Association et pour la presse oui ❍ non ❍

Je soussigné (e) :
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale …) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : **Le :** / /

Signature du responsable légal :

LEO LAGRANGE MEDITERRANEE
Accueil de Loisirs la Sympathie
16 rue des Epinettes
04000 DIGNE-LES-BAINS
Tél. : 04-92-32-46-95

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES SORTIES ET LES SEJOURS
Il est recommandé de remplir toutes les rubriques, en lettres capitales, avec le plus grand soin

NOM et prénom de l'enfant :

Sexe : Fille ☐ Garçon ☐

Date de naissance : / /

Nom et prénom à contacter en cas d'urgence :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence :…….. ou ……..

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ /__/__/

L'enfant à t-il un traitement à l'année : Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel : _____

L'enfant est-il allergique : Oui ☐ Non ☐

Si oui veuillez préciser les allergies (alimentaires ou autres) :

L'enfant à t-il des antécédents médicaux : Oui Non

Si oui lesquels :

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial (végétarien, sans porc, sans viande…) : Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel : ……..……..

J'autorise l'Accueil de Loisirs à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des activités de l'Association et pour la presse oui ❍ non ❍

Je soussigné (e) :
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale …) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : **Le :** / /

Signature du responsable légal :