



FICHE DE LIAISON SANITAIRE



N° DOSSARD:.....

1. VOTRE ENFANT

NOM :.....

PRENOM:.....

Date de naissance :.....

Garçon Fille Poids :.....

Responsable légal :

NOM :.....

PRENOM :.....

Personne à contacter en cas d'urgence et son téléphone



HORAIRE DE GARDE SOUHAITE:

Début:..... Fin :.....

Merci de fournir le repas de votre enfant dans un sac avec le nom inscrit dessus.

Personne(s) autorisée(s) à chercher l'enfant.

(Merci de présenter obligatoirement une carte d'identité ou votre dossard).

Nom :.....Prénom :.....

Nom :.....Prénom :.....

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

☞ L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

ALLERGIES :

Asthme OUI NON

Alimentaires OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

3. DIFFICULTES DE SANTE et RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....

*Je soussigné.....responsable légal de l'enfant.....
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre les mesures nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

Date :

Signature :

Fiche à imprimer et à rendre complétée le jour de la course au responsable de la garderie.

trailvaldargent@laposte.net