

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom, Prénom enfant

Date de naissance

Mère

Nom, prénom, adresse

Marié

Pacsé

Séparé

Père

Nom, prénom, adresse

☎ Domicile

☎ Portable

☎ Professionnel

☎ Domicile

☎ Portable

☎ Professionnel

Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

Médecin et hospitalisation

☎

Hôpital :

Observation :

Assurances

Compagnie :

N° Police :

Allocataire

Régime et N° Allocataire:

Caisse :

Allergie(s)

Vaccin

Type

Date

Habitude(s) alimentaire(s)

VOP

Sans Porc

Contre-indication(s)

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Préciser nom prénom et numéro de téléphone

Autorisation(s) des contacts à venir chercher l'enfant

Préciser nom prénom lien parenté et numéro de téléphone

Je soussigné,, autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...)

Fait à MANOSQUE, le

Signature