FICHE SANITAIRE DE LIAISON : CANTINE/GARDERIE SERVICES PERISCOLAIRES ECOLE DE DRAILLANT

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON ❑ FILLE ❑

2- ALLERGIES : asthme oui ❑ non ❑ médicamenteuses oui ❑ non ❑
alimentaires oui ❑ non ❑ autres _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

……

……

……

3- RESPONSABLES DE L'ENFANT

	PERE	MERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
PORTABLE		
MAIL		

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : _____

Je soussigné(e), ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la garderie périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :