



Année :

Nom: Prénom:
 Date de naissance : Age :
 Adresse complète :
 Code postal: 78300 Ville : Poissy

Responsable légal :

				@
Représentant 1	Nom : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Représentant 2	Nom : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
..	Nom : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres personnes à contacter ou pouvant récupérer l'enfant :

Nom :	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Etes-vous affilié à la Mutuelle Agricole ? :

Option de fréquentation de l'AIS:

Arrivée	Départ
☺	☺

Quotient :
 Tarif AIS: / an
 Tarif Cantine : / jour
 Garderie : / jour

Date :
Signature du responsable légal

**Enfant**

Nom : 0
Prénom : 0
Date de Naissance : 00/01/1900
Sexe : ..
Poids : ..

Responsable légal

Nom : 0
Prénom : 0

Fiche Sanitaire de Liaison

Vaccinations (se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires :

DT POLIO : Validité : 0

Vaccins recommandés :

HEPATITE B ..
ROUGEOLE / RUBEOLE / OREILLONS ..
COQUELUCHE ..
AUTRES (préciser) : ..

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Allergies asthme : ..
médicamenteuse : ..
alimentaire : ..
autres : ..

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas d'urgence. (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

Difficultés de santé - Précautions à prendre :**Nom et téléphone du médecin traitant de l'enfant :**

Nom : 0 Téléphone: 0

Je soussigné 0 0 responsable légal de l'enfant 0 0
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisir à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (en particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Date : 0

Signature: