





Année :

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

**Responsable légal :**

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

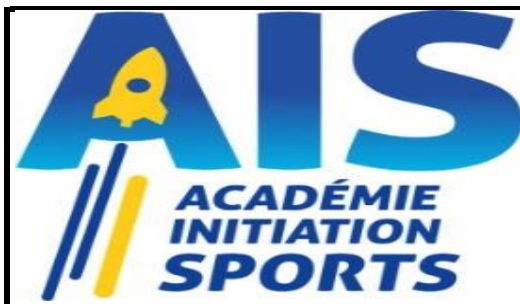
Etes-vous affilié à la Mutuelle Agricole ? :

**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: