

N° : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON C.L.S.H. MERCREDIS

Local Garderie Ecole Jardin Fontaine – 55840 THIERVILLE - **Horaires de garderie : 7 H 30 à 12 H 30**

Pour les familles de THIERVILLE

Pour les familles de l'EXTERIEUR

Tarif pour la demi-journée	Prix en €
Pour le 1 ^{er} enfant	5,50 €
Pour le 2 ^{ème} enfant et les suivants d'une même famille	4,00 €

Tarif pour la demi-journée	Prix en Euros
Pour le 1 ^{er} enfant	7 €
Pour le 2 ^{ème} enfant et les suivants d'une même famille	4,60 €

I - ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Sexe : Garçon () Fille ()
Lieu de naissance :

II - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Père Nom : Prénom : Adresse : Tél. :

Mère Nom : Prénom : Adresse : Tél. :

Autre Personne Nom : Prénom : Adresse : Tél. :

III – EMPLOYEURS : (obligatoire)

N° CAF : (obligatoire)

Père : (Nom et Adresse) Tél. :

Mère : (Nom et Adresse) Tél. :

IV – AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS :

Autorisation des parents pour toutes les activités en C.S.L.H. et hors centre tel que : (catéchisme, sport, danse, etc...) Signature : Obligatoire	Précisions : Jour : Horaires : Adresse :	Recommandations des parents :
--	---	--------------------------------------

L'enfant rentre t-il seul ? OUI () NON ()

Accompagné ? OUI () NON () (Renseignements au N° II de cette feuille – "autres personnes")

V –

Nom adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

Nom adresse et téléphone de l'hôpital :

.....

MALADIES *

rubéole	varicelle	angines	rhumatismes	scarlatine
coqueluche	otites	asthme	rougeole	oreillons

* ‘Entourez les difficultés de santé que votre enfant a rencontrées’

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, pipi au lit, drains, autres) :

.....

VACCINATIONS :

Vaccins pratiqués	Dates	Rappels
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

.....

Injection de sérum :

.....

.....



Je soussigné, M., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche recto-verso et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :