



FICHE SANITAIRE

2019-2020



ESPACE JEUNESSE DOLLON

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Age : Classe : Numéro allocataire CAF ou MSA :

Renseignements obligatoires

N° de la sécurité sociale de l'assuré auquel est rattaché l'enfant :

Nom et adresse de l'assurance scolaire et extrascolaire :

N° de contrat :

Renseignements médicaux :

Nom et adresse du Médecin traitant :

N° de téléphone du médecin :

Observations particulières (allergies, traitement en cours) :
.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Renseignements divers :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

Oui Non Précisez :

Personne(s) responsable(s) de l'enfant :

	Père	Mère	Autre (qualité à préciser)
Nom et prénom			
Adresse			
Tél. domicile			
Profession			
Nom employeur			
Adresse employeur			
Tél. professionnel			
Tél. portable			
Adresse électronique			

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom/ Prénom	Qualité	Téléphone

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/ Prénom	Qualité	Téléphone

Je soussigné (Nom et Prénom)..... représentant
légal de l'enfant , déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :/...../.....

Signature :