



FICHE SANITAIRE ACCUEIL DE LOISIRS

Année scolaire : 20..... / 20.....

Nom/prénom de l'enfant : Date de naissance :

Responsable légal 1 :

Adresse :

..... Tél port..... Tél prof.....

Adresse mail :

Responsable légal 2 :

Adresse :

..... Tél port..... Tél prof.....

Adresse mail :

Situation familiale de l'enfant : biparentale, monoparentale, recomposée :

Autorité parentale conjointe ou exclusive :

(Joindre décision du tribunal si autorité exclusive)

Classe de l'enfant actuellement :

Vacances souhaitées :

Toussaint : oui non

Février : oui non

Avril : oui non

Juillet

- 1 semaine : oui non

- 2 semaine : oui non

- 3 semaine : oui non

- 4 semaine : oui non

(Entourer les souhaits)

Traitement particulier ou allergie (joindre PAI obligatoirement)

Votre enfant est -il malade en bus ? oui non

Nom et n°tel médecin traitant :

Noms et n°tel des personnes **majeures** autorisées à chercher l'enfant :

Je soussigné(e).....

Autorise le personnel en place, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation, jugées indispensables en raison de l'état de mon enfant.

Ammerschwihr, le

Signature :