



# FICHE SANITAIRE



## LEZINNES

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

|                   | NOM | Prénom | Adresse | Téléphone |
|-------------------|-----|--------|---------|-----------|
| Mère              |     |        |         |           |
| Employeur         |     |        |         |           |
| Père              |     |        |         |           |
| Employeur         |     |        |         |           |
| Famille d'accueil |     |        |         |           |
| Autres            |     |        |         |           |

Régime d'allocations (rayer la mention inutile) : CAF          MSA  
N° Allocataire : .....  
N° SS : .....

Groupe Sanguin : .....

Allergies : ..... Traitements utilisés : .....  
.....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Personne à prévenir en cas d'absence des parents : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

### AUTORISATION DE VISITE CHEZ LE MEDECIN – D'HOSPITALISATION

Je soussigné, .....

.....

Père, mère, de l'enfant : .....

Demeurant à .....

Donne l'autorisation au (à la) directeur (trice) de l'accueil de loisirs « Le Club des Loustics » de faire voir l'enfant, désigné ci-dessus, par le médecin qui le suit habituellement, ou par tout autre praticien, en cas d'urgence.

De le faire hospitaliser soit après une visite chez un médecin, soit directement si son état le nécessite.

D'autre part, je certifie la mise à jour des vaccinations obligatoires (DTCP et antituberculeuse) de mon enfant.

A....., le.....

Signature :