|  |  |
| --- | --- |
|  **Mairie de DENNEY** **(90160)** 1 Place Ivan Damidaux mairie@denney.fr Tél 03.84.29.82.04  Fax 09.85.84.76.27 | **ALSH AUTOMNE 2015**Fiche sanitaire de liaison |

**Nom et prénom :…………………………………………….. né le :…………………………………………..**

**Adresse :…………………………………………………………………………………………………………..**

**Maladie connue :…………………………………………………………………………………………………**

**Traitement en cours :……………………………………………………………………………………………**

**Allergie(s) connue(s) :……………………………………………………………………………………….….**

**Antécédents médicaux :………………………………………………………………………………………..**

**Médecin traitant :…………………………………………………………………………………………………**

**Régime alimentaire particulier : …………………………………………………………………………….**

**Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ?**

Merci de signaler tout changement intervenant en cours d’année à la mairie.

Nom et prénom du père…………………………………………………………………………………………

Employeur:………………………………………………………………………………………………………..

Tél. Professionnel………………………………………………………………………………………………..

Tél. Portable………………………………………………………………………………………………………

Tél. domicile……………………………………………………………………………………………………….

Nom et prénom de la mère………………………………………………………………………………………

Employeur :………………………………………………………………………………………………………..

Tél. Professionnel…………………………………………………………………………………………………

Tél. Portable……………………………………………………………………………………………………….

Tél. domicile

Nom et prénom du représentant légal…………………………………………………………………………..

Employeur :………………………………………………………………………………………………………..

Tél. Professionnel…………………………………………………………………………………………………

Tél. Portable……………………………………………………………………………………………………….

Tél. domicile……………………………………………………………………………………………………….

Autorise le personnel en charge de l’enfant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence (Sapeurs-pompiers, SAMU) et à faire transporter notre enfant au centre hospitalier BELFORT MONTBELIARD.

Personnes à joindre en cas d’accident :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Téléphone** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

A …............................................................... Le I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Signature des parents ou du représentant légal :