

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE
2017 - 2018

REPRESENTANT LEGAL : Père Mère : autre : précisez :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de Naissance : / /

Etablissement Scolaire

Numéro Sécurité Sociale : / / / / /

Nom du médecin traitant : N° de TEL :

ALLERGIES, ASTHME, MALADIE CHRONIQUE, TRAITEMENT MEDICAL

Maladie chronique ou traitement médical :

.....

Mon enfant présente une allergie :

.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal, veuillez mentionner si possible au minimum deux personnes à joindre)

| NOM | PRENOM | LIEN DE PARENTE | N° DE TELEPHONE |
|-----|--------|-----------------|----------------------|
| | | | Fixe : Portable : |
| | | | Fixe : Portable : |
| | | | Fixe : Portable : |

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les agents en charge de la garderie à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (transport en ambulance, hospitalisation....)

A Colmar, le
Signature du représentant légal obligatoire