

Ville d'Eymet
Centre de Loisirs Municipal
Dossier Médical

Nom et Prénom de l'Enfant :

Organismes Sociaux (organismes versant les prestations familiales) :

A) Caisse d'Allocations Familiales

1- de la Dordogne.....

2- autre département

Numéro d'Allocataire :

B) Autres Caisses

Nom et Adresse :

.....

Numéro d'Allocataire :

LA SANTE

a) Centre Payeur de la Sécurité sociale :

Numéro matricule :

b) Autres Caisses :

Numéro matricule :

Avez-vous une mutuelle : OUI - NON

Si oui : Nom :

Numéro matricule :

Médecin traitant :

Nom :Numéro de Téléphone :

EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'accident grave survenu à mon enfant, j'autorise le personnel du Centre de Loisirs à prendre pour moi les mesures d'urgence qu'il estimera nécessaire (appel du médecin et éventuellement transfert dans un centre hospitalier)

En cas d'hospitalisation, précisez l'établissement souhaité s'il ne s'agit pas de l'hôpital :

NUMEROS DE TELEPHONE D'URGENCE (autres que celui des parents)

a) Famille :

.....

b) Voisins :

.....

c) Autres (préciser) :

.....

VACCINATIONS Une photocopie du Carnet de Santé est suffisante

OBSERVATIONS MEDICALES et / ou SPORTIVES

Allergies :

.....

.....

Contre indication alimentaire :

.....

.....

Contre indication sportive :

.....

.....

Fait à Eymet le

Signature