

SERVICE DES SPORTS
04.76.20.56.86 ou 85

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Nom de l'enfant :
	Prénom :
	11/13 ANS <input type="checkbox"/> 14/17 ANS <input type="checkbox"/>
	Date de naissance :
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
	N° de Sécu :
	Nom mutuelle :
N° d'adhérent :	
N° de tél urgence :	

Cette fiche permet de recueillir des informations sanitaires utiles pendant les activités de l'enfant.

1. L'enfant suit-il un traitement médical quotidien : Oui Non
si oui, veuillez joindre la liste des médicaments concernés.

2. L'enfant a-t-il des allergies (telles que alimentation ou médicamenteuse)
si oui, lesquelles :

3. L'enfant a-t-il de l'asthme ? Oui Non

4. **Recommandations utiles des parents :**
Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....
Merci de précisez :

5. **Responsable de l'enfant :**
Nom..... Prénom.....
Adresse :
Tél fixe : Tél Portable :

6. **Attestation d'assurance responsabilité civile fournie :**
Oui Non

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :