

SERVICE DES SPORTS
04.76.20.56.86 ou 85

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Nom de l'enfant : Prénom : 11/13 ANS ☐ 14/17 ANS ☐ Date de naissance : Garçon ☐ Fille ☐ 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 préciser :

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 :