SERVICE DES SPORTS
04.76.20.56.86 ou 85

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	**Nom de l'enfant :** …… **Prénom :** …… **10/13 ANS** ☐ **14/16 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 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 : ……