

SERVICE DES SPORTS
04.76.20.56.86 ou 85

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Nom de l'enfant :
	Prénom :
	10/13 ANS <input type="checkbox"/> 14/16 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 :