

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**ALLERGIES :**

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES _____		

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---

---

---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

---

---

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

## DEPLACEMENT EN VOITURE

Si votre enfant participe à une compétition, est-il autorisé à monter en voiture avec un encadrant du club ou un autre parent ?

oui  non

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) M, Mme \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :