

Fiche Sanitaire de Liaison

Attention : Il est important de renseigner toutes les rubriques

1- ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

E-mail :

Date de naissance :

Garçon Fille Age :

Niveau de l'enfant :

Jour de cours souhaité :

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ALLERGIES :

ASTHME * : oui non MEDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES : oui non AUTRES :.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :.....

.....

.....

.....

*** Dans ce cas, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance correspondant aux médicaments préconisés.**

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez

.....
.....
.....

4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père

Mère

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Ville :

Ville :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

.....* Tél domicile :

.....* Tél domicile :

.....* Tél travail :

.....* Tél travail :

.....* Portable :

.....* Portable :

* indiquez l'ordre de priorité pour vous contacter en numérotant de 1 à 6.

NOM et Tél du médecin traitant :

Personne(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant :

.....

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

Date :

Signature :