



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles afin d'assurer la sécurité de votre enfant.

1. Enfant mineur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Garçon 0 Fille 0

2. Renseignements sur l'enfant

Adresse :

L'enfant peut-il rentrer seul(e) ? OUI NON (Veuillez entourer)

NOM/Prénom des personnes qui pourraient éventuellement reprendre mon enfant :

.....Tél :

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé ? OUI NON (Veuillez entourer)

Si oui, précisez les précautions à prendre :

.....
.....

En cas d'accident, si toutefois cela est possible, dans quel hôpital ou clinique voulez-vous que votre enfant soit transporté(e) ?

.....

3. Responsable de l'enfant

NOM :Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de mon enfant, déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche et autorise l'animateur à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de votre enfant.

Date :

Signatures des Responsables légaux :