FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : . . . . . **Prénom :** . . . . . .

Date de naissance : . . . . . .

☎ . . . . . (Adhérent) . . . . . (Mère) . . . . . .

(Urgence) . . . . . (Père) . . . . . .

Médecin traitant : . . . . . ☎ . . . . . .

Allergies déclarées à certains médicaments : . . . . . .

Autres renseignements concernant l'adhérent pouvant être utile en cas d'hospitalisation :

. . . . . .

. . . . . .

Vaccinations à jour : OUI ❒ NON ❒

Renseignements divers

N° Sécurité Sociale : ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴/⌴⌴

Mutuelle : . . . . . .

N° assuré : . . . . . .

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : . . . . . ☎ . . . . . .

Nom : . . . . . ☎ . . . . . .

Je soussigné(e) *(NOM et PRENOM du représentant légal)* . . . . . .

Agissant en qualité de : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tutrice ☐ de l'enfant précité, ci-dessus déclare :

- Autoriser l'adulte encadrant l'activité à prendre, en cas d'accident, toutes dispositions d'urgence prescrite par un médecin, y compris le cas échéant hospitalisation, intervention chirurgicale et/ou transfusion sanguine.

Date et signature du représentant légal