



FICHE SANITAIRE DE LIAISON et	1 - ENFANT
DÉCHARGE PARENTALE	NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Numéro de licence : _____

OBJET DE LA FORMATION :

DATE E LA FORMATION :

LIEU DE LA FORMATION :

RESPONSABLE DE L'ENFANT (Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence)

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL (PENDANT LE SÉJOUR) : BUREAU :

PORTABLE 1 : PORTABLE 2 :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

TEL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET NUMÉRO DE MUTUELLE :

Nous soussignés, M. _____ Et Mme _____, parents de l'enfant _____

- ✓ Déclarons sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- ✓ Autorisons notre enfant à participer séjour selon l'objet, lieu et dates citées page1 ;
- ✓ Autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure d'ordre médical ou médicochirurgicale (y compris l'anesthésie) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, pour tout incident survenant durant le déplacement, le séjour ou la compétition.

Faits à : _____ Le : _____

Signature du père :

Signature de la mère :