



**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 :