|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  **ET**  **DECHARGE PARENTALE** | * **ENFANT -**   NOM :  PRENOM :  DATE DE NAISSANCE :  NUMERO DE LICENCE : |

Objet des formations :

Dates des formations :

Lieux des formations :

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

NOM : PRENOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

**Nom du médecin traitant (facultatif) :**

Téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et numéro de la mutuelle :

Nous, soussignés, Mr ou Mme et Mr ou Mme parents de l’enfant .

* Déclarons sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche.
* Autorisons notre enfant à participer au séjour cité plus haut.
* Autorisons le responsable du séjour, à prendre, le cas échéant, toute mesure d’ordre médicale ou medico-chirurgicale (y compris l’anesthésie) rendue necessaire par l’état de l’enfant, pour tout incident Durant le déplacement, séjour ou compétition.

**Fait à : Le :**

**Signature du parent 1 : Signature du parent 2 :**