

Fiche Sanitaire / Animations été 2020

LE PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Taille : Poids :

- **Votre enfant suit-il un traitement médical ?**

Si oui, lequel ?

Joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*).

- **Votre enfant a-t-il des allergies (*médicaments, aliments, animaux*) ?**

Si oui, lesquelles ?

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication, le signaler*)

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.

- Tous renseignements importants sur la santé de votre enfant (asthme, épilepsie, problème de dos etc.)

- Groupe sanguin :

Joindre photocopie de carnet de vaccinations

LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Téléphone bureau :

Je soussigné(e),,
Responsable légal de, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou les responsables des
animations à prendre, le cas échéant, toutes mesures (appel des secours, hospitalisation,
intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé du jeune.

N° Sécurité Sociale :

N° de Mutuelle :

Date :

Signature :

À REMPLIR PAR LES RESPONSABLES DES ANIMATIONS

OBSERVATIONS :
