

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------------|
| 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) : _____ **LE FIXE :** _____ **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 :