



FICHE SANITAIRE DE LIAISON MAJEUR

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES AFIN D'ASSURER VOTRE SÉCURITÉ

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Garçons (*) Fille (*)

2/RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT :

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Présentez vous des problèmes de santé ? OUI (*) NON (*)

Si oui, veuillez préciser les précautions à prendre : _____

En cas d'accident grave, si toutefois cela est possible, dans quel hôpital ou clinique voulez vous être transporté ? _____

3/PERSONNE A PRÉVENIR :

Nom : _____ Prénom _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Nom et Tél. du médecin traitant : _____

Je soussigné, _____, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par mon état.

Fait à : _____ Le : _____

Signature : _____

(*) Rayer la mention inutile