



FICHE SANITAIRE DE LIAISON MINEUR

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

1/MINEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Garçon (*) Fille (*)

2/RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

L'enfant peut il rentrer seul : OUI (*) NON (*)

Noms des personnes qui pourraient éventuellement reprendre l'enfant : _____

Tél. : _____

Votre enfant présente il des problèmes de santé : OUI (*) NON (*)

Si oui, veuillez préciser les précautions à prendre : _____

En cas d'accident grave, si toutefois cela est possible, indiquez dans quel hôpital ou clinique vous voulez que votre enfant soit transporté : _____

3/PERSONNE A PRÉVENIR :

Nom : _____ Prénom _____

Adresse : _____

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 l'état de l'enfant.

Fait à : _____ Le : _____

Signature des parents : _____

(*) Rayer la mention inutile