

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES SORTIES ET LES SEJOURS**  
*Il est recommandé de remplir toutes les rubriques, en lettres capitales, avec le plus grand soin*

**NOM et prénom de l'enfant :**

Sexe : Fille  Garçon

Date de naissance : / /

Nom et prénom à contacter en cas d'urgence :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence : ..... ou .....

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : /

L'enfant a-t-il un traitement à l'année : Oui  Non

Si oui lequel :

L'enfant est-il allergique : Oui  Non

Si oui veuillez préciser les allergies (alimentaires ou autres) :

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux : Oui Non

Si oui lesquels :

L'enfant mange-t-il du porc : Oui  Non  Mange-t-il de la viande : Oui  Non

Régime alimentaire :

**Je soussigné (e) :**  
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : Le : / /

Signature du responsable légal :

**NOM et prénom de l'enfant :**

Sexe : Fille  Garçon

Date de naissance : / /

Nom et prénom à contacter en cas d'urgence :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence : ..... ou .....

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : /

L'enfant a-t-il un traitement à l'année : Oui  Non

Si oui lequel :

L'enfant est-il allergique : Oui  Non

Si oui veuillez préciser les allergies (alimentaires ou autres) :

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux : Oui Non

Si oui lesquels :

L'enfant mange-t-il du porc : Oui  Non  Mange-t-il de la viande : Oui  Non

Régime alimentaire :

**Je soussigné (e) :**  
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : Le : / /

Signature du responsable légal :

