



SECTION FOOTBALL

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SI UN TRAITEMENT MEDICAL DOIT ETRE PRIS PENDANT LA SORTIE
JOINDRE L'ORDONNANCE DU MEDECIN ET LES MEDICAMENTS
CORRESPONDANTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE.

Le tout doit être marqué au nom de l'enfant et mis dans un sachet transparent.

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Classe : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

E-Mail : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone bureau : _____

Mobile Père : _____

Mobile Mère : _____

Mobile de l'élève : _____

Je soussigné, _____ responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise
le responsable de la sortie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement
médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état
de l'enfant.

Date :

Signature du responsable légal

Allergies et régimes alimentaires

CAUSE ET CONDUITE A TENIR

Difficultés de santé

OPERATIONS, CONVULSIONS, ACCIDENTS, MALADIES CHRONIQUES,
PROTHESES AUDITIVES OU DENTAIRES

Recommandations utiles

PORT DE LENTILLES, LUNETTES

Mutuelle santé

Coordonnées : _____

Nom de l'adhérent : _____