

Fiche Sanitaire de liaison

Enfant pratiquant

Nom : Prénom :

Responsable légal - parent

N° Sécurité Sociale :

Responsable légal (père, mère ou autre) :

Tél. domicile : Prof. :

Port. 1 : Port. 2 :

Indications médicales

ALLERGIES :

ASTHME :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSE :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTRES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Conduite à tenir :

Autre(s) pathologie(s)

Antécédents médicaux : (interventions chirurgicales, accidents, fractures, trauma, lésions Musculaires, crises convulsives)

Recommandations utiles : port de lunettes, lentilles, appareils acoustique/dentaire/ prothèse, etc.
.....
.....**Décharge parentale**

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :**Signature du représentant légal :**

Nota : AUCUN TRAITEMENT MEDICAL NE SERA ADMINISTRE PAR L'ECOLE NI PAR AUCUN DES MEMBRES DE L'ENCADREMENT.

Règlement

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant déclare avoir lu et compris le règlement de la Maison du Cirque et en accepter les conditions.

Signature du représentant légal :