



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
DOCUMENT CONFIDENTIEL**

**A remplir EN MAJUSCULES**

PRÉNOM et NOM du  
MINEUR : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : Mσ      Fσ

Suit-il un traitement médical: Oui σ Non σ

Si oui lequel?

.....  
.....  
.....

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES, AUTRES** (animaux, plantes, pollen) :Oui σ Non σ

Si oui précisez .....

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

.....  
.....  
.....

**-RESPONSABLES DU MINEUR Responsable N°1 :**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL : ..... MAIL : .....

**-RESPONSABLES DU MINEUR Responsable N°2 :**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL : ..... MAIL : .....

**Nom et téléphone du médecin traitant:** .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :