



FICHE SANITAIRE

AUTORISATION PARENTALE

NOM & Prénom :

Nom de la personne responsable :

Tel dom : Tel port :

Sexe : F / H Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant en cas de problème, accident ou maladie. Nous vous demandons de bien vouloir la remplir avec attention

Renseignements médicaux

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui Non

Si oui lequel :

Votre enfant a-t-il des allergies (asthme, alimentaires, médicamenteuses....) ? Oui Non

Si oui lesquelles :

Préciser les conduites à tenir en cas de crise :

.....

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ou des appareillages (dentaires, auditifs)

demandant des précautions particulières pour la pratique : Oui Non

Si oui lesquelles :

.....

.....

Autorisation parentale

Je soussigné : responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du CISAG à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature