



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir des renseignements médicaux complémentaires, pour une utilisation interne, dans le respect du secret médical, afin d'assurer l'accueil de l'adhérent(e) dans les meilleures conditions.

ETAT CIVIL DE L'ADHERENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe : F ♦ M ♦

INDICATIONS MEDICALES

Médecin traitant - nom et téléphone :

Allergie(s) (alimentaires, médicamenteuses, ...) oui ☐ non ☐

Si oui, précisez

Antécédents médicaux : oui ☐ non ☐

Si oui, précisez

Traumatismes articulaires : oui ☐ non ☐

Si oui, précisez

Action à entreprendre (en cas de besoin) :

Autre(s) pathologie(s) :

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils etc...)

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tout problème de
santé qui pourrait survenir au cours de l'année après rédaction de cette fiche.

Autorisation médicale pour un mineur

En cas d'accident

J'autorise le transport de mon enfant à l'hôpital le plus proche.

J'autorise toute intervention médicale et/ou chirurgicale nécessaire à l'état de mon enfant.

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

Date, nom et signature du représentant légal

Le Cirque Hors Limite

Siren : 879 208 726

Tel : 06 14 92 65 84

Mail : lecirquehorslimite@gmail.com