

OBLIGATOIRE

Photo
 du visage**

Tout type
 d'impression

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Identité du jeune

NOM* : _____ Prénom(s)* : _____
 Date de naissance* : ___ / ___ / _____ Sexe* : Fille Garçon

Existe-t-il des contres indications médicales pour la pratique de certaines activités?* oui non
 Si oui, lesquels ? (Joindre un certificat de contre-indication)

Régime alimentaire* :

Sans porc oui non
 Végétarien oui non
 Autres _____

Allergies* :

Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non Autres _____

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

À prévenir en cas d'urgence* : (nom et numéro de tél.)

(1) _____	(2) _____
(3) _____	(4) _____
(5) _____	(6) _____

Renseignement sur la famille (responsable légal) :

PÈRE, MÈRE ou Responsable légal : (rayer les mentions inutiles)

NOM* : _____

Prénom(s)* : _____

Situation familiale* : Célibataire Marié Concubins Divorcés

Date de naissance* : ___ / ___ / _____ Numéro CAF* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Commune* : _____

Téléphone* : _____ Courriel* : _____@_____

PÈRE, MÈRE ou Responsable légal : (rayer les mentions inutiles)

NOM* : _____

Prénom(s)* : _____

Situation familiale* : Célibataire Marié Concubins Divorcés

Date de naissance* : ___ / ___ / _____ Numéro CAF* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Commune* : _____

Téléphone* : _____ Courriel* : _____@_____

Autorisation médicale du responsable légal*

Je (nous) soussigné(es), agissant en qualité de père, mère, représentant légal (rayer la mention inutile) déclare (déclarons) exact les renseignements portés sur cette fiche et :

- J' (nous) autorise (autorisons) le responsable du PAJ de Saint-Pathus à prendre en cas d'urgence toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie...)

À noter : Tous les frais médicaux, d'hospitalisation, de transport et d'opération éventuelle seront à la charge de la famille

Date* : ___ / ___ / _____

Signature des parents ou du représentant légal*

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Réf. : DSJS/BX/03092024

* Les informations signalées par une étoile sont indispensables au traitement de votre demande