

**FICHE SANITAIRE  
POUR LES ACTIVITES LOISIRS  
(HORS SEJOURS)**

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ELEVE (pour les mineur-e-s)**

N° Sécurité Sociale : .....

Responsable légal-e (père, mère ou autre) : .....

Tél. domicile : ..... Prof. : ..... Port. : .....

**INDICATIONS MEDICALES**

Vaccination tétanos : date vaccin : ..... Date rappel : .....

Allergie (s)	oui*	non*
--------------	------	------

Si oui commentaire : .....

Asthme	oui*	non*
--------	------	------

Diabète	oui*	non*
---------	------	------

Epilepsie	oui*	non*
-----------	------	------

(\*) Entourer la réponse

Autre(s) pathologie(s) : .....

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), trauma, lésion(s) musculaire(s)).....  
.....

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc...).....  
.....

## DECHARGE PARENTALE

Je soussigné-e .....

Responsable légal-e de l'enfant .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école.

J'autorise les responsables de **Piste d'Azur**,

A prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature du-de la représentant-e légal-e,

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