



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**SAISON 2022-2023**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal VILLE : .....

.....

N° de téléphone des parents : .....

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

---

***A compléter par les parents***

- Antécédents médicaux : .....
- Antécédents chirurgicaux : .....
- Date du rappel antitétanique (de moins de 5 ans) : .....
- Allergies éventuelles : .....
- Traitement en cours : .....
- Régime nutritionnel particulier : .....
- Coordonnées médecin traitant (nom et n° tél.) : .....
- Remarques éventuelles : .....

**Date et signature des parents**



**L'ASTRAGALE**  
**15 rue Ernest Champeaux**  
**21000 Dijon**  
Téléphone :  
**09.70.80.93.27**

