



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
SAISON 2024-2025

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

