



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**SAISON 2025-2026**

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**

