



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

