

Fiche Sanitaire de Liaison – Camp Basket Été 2025



Étoile Dinardaise Basket – du 18 au 22 août 2025

Informations sur l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Adresse :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

1. Nom / Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

2. Nom / Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

Médecin traitant :

Nom :

Téléphone :

Assurance maladie / mutuelle :

Informations médicales :

Vaccinations à jour: Oui Non

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, piqûres, etc.) :

Traitement(s) médical(aux) en cours : Oui Non

Si oui, préciser le(s) traitement(s), posologie et moment(s) de prise :

Régime alimentaire particulier ou interdits alimentaires : Oui Non

Si oui, précisez :

Autorisation d'automédication :

- Oui, j'autorise l'équipe encadrante à administrer les soins de base.
- Non, je n'autorise aucun traitement sans avis médical.

Activités spécifiques :

- J'autorise mon enfant à participer aux activités encadrées prévues (basket et autres activités, y compris aquatiques).
- J'autorise les encadrants à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale.
- J'autorise les encadrants à accompagner et transporter mon enfant pour les besoins du camp, à pied ou en navette si nécessaire, dans le cadre des activités prévues.

Signature :

Je soussigné(e) _____,
représentant légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / _____

Signature : (obligatoire)