



Fiche de liaison médicale
**AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION
MÉDICALE**

1. Enfant

NOM	
Prénom	
Date de naissance	

2. Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates

Déclare que mon enfant est à jour de ses vaccinations (Rappel des vaccinations obligatoires : DT polio ou Tétra coq, BCG)



3. Allergies à signaler

ALIMENTAIRES : OUI / NON¹

MEDICAMENTEUSES : OUI / NON¹

ASTHME : OUI / NON¹

AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Autres recommandations utiles des parents / Précautions à prendre



4. Responsable de l'enfant

NOM :	Prénom :
Numéro de téléphone	
Domicile :	
Portable :	
Travail :	
Autres personnes (si parents non joignables)	

Je soussigné(e) :

Père, mère, représentant légal¹, de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'entraîneur de la séance à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

¹ *Rayer la mention inutile*