

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

HOMME

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

FEMME

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

N° S.S. + Caisse et Ville : .....

Médecin traitant - Nom et Téléphone : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Avez-vous un **traitement médical** ? OUI  NON

Si oui, infos importantes : .....

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES.....

**PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**  
si automédication le signaler

### INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Nom et téléphone des personnes à contacter en cas de besoin :

.....  
.....

## ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à ..... le ..... Signature :

## SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) ....., certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou limiter ma pratique d'activité physique.

J'atteste ne pas avoir subi récemment d'opération médicale et/ou chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fais pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon état de santé actuel.

Je m'engage à signaler au responsable de Cirque en Scène toute modification de mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à ..... le ..... Signature :