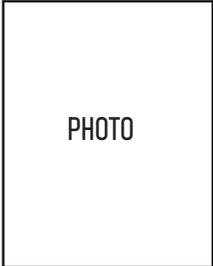


**FICHE SANITAIRE**  
**DOSSIER INDIVIDUEL** 2023-2024  
INFORMATION CONCERNANT VOTRE ENFANT



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : F  M   
Nationalité : \_\_\_\_\_

Responsable légal 1 : Mère  Père  Autre   
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél portable : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Tél fixe : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Responsable légal 2 : Mère  Père  Autre   
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél portable : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Tél fixe : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Personne à joindre en cas d'urgence :  
(susceptible d'accueillir votre enfant en cas de rapatriement sanitaire ou de renvoi)  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél portable : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Tél fixe : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Personne autorisé à récupérer votre enfant :  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Tél portable : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Tél fixe : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_



**FICHE SANITAIRE**  
**DOSSIER INDIVIDUEL 2023-2024**  
INFORMATION CONCERNANT VOTRE ENFANT



**COUVERTURE ET PROTECTION SOCIALE**

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom de la complémentaire santé : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

① Fournir une copie de l'attestation vitale en cours de validité.

**MEDECIN TRAITANT**

Nom complet du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'agence : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_

① Fournir une copie de la carte ou du contrat en cours de validité.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Vaccinations**

① Fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

Allergies : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FICHE SANITAIRE**  
**DOSSIER INDIVIDUEL 2023-2024**  
DECLARATION DES PARENTS ou TUTEURS



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
responsable légal de \_\_\_\_\_ né le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorise l'association Pari à :

- Faire hospitaliser mon fils ou ma fille en cas d'accident, au sein de l'association ou en sortie.

Et déclare :

- M'engager à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale.
- Certifier exact les renseignements portés sur ce dossier.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

① Cette autorisation est valable pour toute l'année 2023-2024.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

