



NOM : _____ PRÉNOM : _____

ACTIVITE : _____

DÉCHARGE DE SORTIE (mineurs) cochez votre / vos choix

☐ J'autorise les personnes nommées ci-après, à venir chercher mon enfant sur le lieu des activités de l'association PIEROKAMALI.

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT (Hors représentants légaux)	Lien avec l'enfant	Coordonnées téléphoniques

Attention : un enfant doit avoir au moins 10 ans pour venir chercher son frère et/ou sa sœur.

Et / ou

☐ J'autorise mon enfant (à partir de 8 ans) à quitter seul le lieu des activités de l'association PIEROKAMALI après son activité

Date : _____ Signature : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT DATE DE NAISSANCE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHME Oui ☐ Non ☐ MEDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐ AUTRES : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler, et fournir un PAI)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (fournir un PAI si nécessaire)

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ...

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association et/ou l'encadrant de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.