

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## RENSEIGNEMENTS

### PARTICIPANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

📞 fixe : \_\_\_\_\_

📞 portable : \_\_\_\_\_

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

📞 fixe : \_\_\_\_\_

📞 portable : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Allergies :  
asthme  oui  non  
Médicamenteuse  oui  non

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Traitement médical  oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

- Merci de nous indiquer toute information qu'il vous semblerait utile d'ajouter et les éventuelles précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS DIVERSES

Nom – Prénom du participant : .....

Je soussigné(e), *Nom* : ..... *Prénom* : .....,

- Autorise les intervenants du Comité Départemental Handisport 53 (CDH53) à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales en cas d'urgence.
- Autorise le CDH53 à transporter le participant pour les besoins des activités, dans les véhicules utilisés par le CDH53 (minibus).
- Autorise les intervenants du CDH53 à filmer ou photographier le participant lors des activités, et à publier librement les images ainsi réalisées :

oui  non

Remarque qu'il vous semble utile d'ajouter : \_\_\_\_\_

Je certifie exacts les renseignements figurant sur cette fiche sanitaire et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible aux responsables du CDH53.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du participant  
Ou responsable légal le cas échéant  
(lu et approuvé)