

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(pour tous les stagiaires)

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal..... Ville.....

Date et lieu de naissance.....

Je soussigné(e) **Nom de la personne responsable du stagiaire si mineur**

autorise mon fils, ma fille :

- à participer au stage qui aura lieu à....., le.....
- à subir toute intervention pratiquée en cas d'urgence, par un médecin et à suivre le traitement rendu nécessaire par son état de santé. Je donne ainsi pouvoir aux responsables de ce stage pour prendre toutes décisions qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence.
- d'autre part, je m'engage à rembourser l'organisateur du stage de tous les frais médicaux qui auraient été avancé pour mon enfant.
- de plus j'autorise la FSCF à utiliser l'image de mon enfant à des fins de communication interne et externe

Téléphone Personnel :Téléphone Professionnel :

N° Sécurité Sociale (mettre les 15 chiffres)

Joindre une attestation de carte vitale sur laquelle figure le nom du stagiaire

Antécédents pathologiques :

Contre-indication aux médicaments

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

Fait à le

Signature