



4 Rue du Dessus
21400 Chemin d'Aisey
Tél: 03.80.93.29.25

assoquetzal@orange.fr

FICHE SANTÉ CONFIDENTIELLE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : **Age :** **Poids :**

Adresse précise :

Code Postal : **Ville :**

Tél domicile : **Tél portable :**

N° de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Adresse du Centre payeur :

Adhérez-vous à une mutuelle ? Si oui laquelle :

ÉTABLISSEMENT FREQUENTE ET ADRESSE

Nom de l'établissement:

Adresse : **Code postal :** **Ville :**

Dates de fermeture de l'établissement :

Une permanence est-elle assurée : **OUI ()** **NON ()**

Si oui , jours et heures :

Nom de la personne référente : **Tel :**

IMPORTANT : qui prévenir en cas d'urgence ?

Famille () **Famille d'accueil ()** **Établissement ()** **Responsable légal ()**

Nom: **Tel :**

Adresse : **Code postal :** **Ville :**

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL : (à remplir et à signer obligatoirement)

JE SOUSSIGNE (E) :
AGISSANT EN QUALITÉ DE : AUTORISE
LE PARTICIPANT : A PRATIQUER LES
ACTIVITÉS PROPOSÉES, Y COMPRIS CONTACTS AVEC LES ANIMAUX, BAIGNADE , SAUF CONTRE INDICATION DUMENT
MENTIONNÉE DANS UN DES CADRES DE RENSEIGNEMENT IMPORTANT OU MEDICAUX .

JE DÉCLARE AUTORISER LE RESPONSABLE DU SÉJOUR A FAIRE PRATIQUER LES ACTES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX
JUGES INDISPENSABLES PAR LE MÉDECIN.

FAIT A : LE : SIGNATURE

