

ANNEE 2018-2019

AUTORISATION DE PHOTOS / VIDEOS

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant ou vous même, autorise que des photos / vidéos de mon enfant ou vous même soient réalisées pendant les cours et manifestations.

A _____ Le _____

Signature du responsable légal de l'enfant,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Allergies :

Asthme oui non
Alimentaire oui non
Médicamenteuses oui non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....
.....

Responsable de l'enfant

Nom Prénom

Adresse
.....

Tél. fixe : Portable :

Nom et Tél du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :