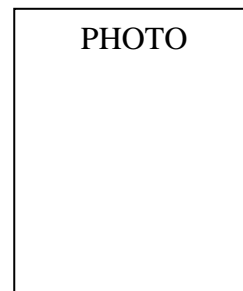


Salle des Ados

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom.....

Prénom.....

Né(e)le.....

n° de téléphone.....

email.....

Adresse

PERE

Nom et prénom.....

N° de tel.....

Adresse.....

N° de port.....

e-mail.....

.....

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Profession : N°de tel employeur :

MERE

Nom et prénom.....

N° de tel.....

Adresse.....

N° de port.....

e-mail.....

.....

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Profession : N°de tel employeur :

SITUATION FAMILLIALE

Marié / pacsé

Vie maritale

Divorcé ou séparé

célibataire

N° de sécurité sociale (obligatoire) :

J'atteste être titulaire d'une assurance de responsabilité civile couvrant mon enfant, auprès de la société d'assurance

Nom et adresse

N° du contrat d assurance.....

SIGNATURE DU RESPONSABLE