

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(cette fiche vous sera rendue à la fin du stage avec les observations éventuelles, si vous le désirez)

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom :

Adresse complète:

Téléphone :

Portable :

Nom et tél du médecin traitant :

N° sécurité sociale :

J'autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais. Les frais de transport ou d'hospitalisation de mon enfant seront à ma charge.

VACCINATIONS LEGALES

acidém noitatsetA ☐ le de mise à jour des vaccinations légales ou copie du carnet de vaccinations.

.s(e)écinecil non sel ruop llabtoof ud euqitarp al à edutitpa'd noitatsetA ☐

TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice et la posologie.

ALLERGIES EVENTUELLES

Asthme ☐ oui ☐ non

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non

Alimentaires ☐ oui ☐ non

Autres ☐ oui ☐ non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Précisez :

Fait le :

A :

Signature :