

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon Fille

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : Asthme oui non

Alimentaires oui non

Médicamenteuses oui non

Autres

* Si oui, **joindre un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

* Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Indiquez les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres : précisez.

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

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

Date :

Signature :