

FICHE MEDICALE DE LIAISON
POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS

(ce document devant être fourni en cas de nécessité au médecin traitant)

NOM et PRENOM DU STAGIAIRE :

Nom du médecin à contacter: Tél :

Observations médicales particulières : (allergies...)

.....
.....

L'enfant prend-il des médicaments régulièrement ? ☐ oui ☐ non si oui lesquels ?

.....
.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

..... Tél. :

DTP ou vaccin TETRACOQ : (obligatoire depuis la Loi du 05/09/87)

1^{ère} injection :/...../.....

2^{ème} injection :/...../.....

3^{ème} injection :/...../.....

Rappel :/...../.....

Autres Vaccinations :

.....

Personne responsable de l'enfant

Nom et prénom :

Qualité :

Domicile :

.....

Tél. :

N° de sécurité sociale :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du centre à prendre toute décision d'une intervention chirurgicale ou médicale, dans le cas où l'état de mon enfant présenterait un caractère d'urgence, pendant le temps qu'il est sous sa responsabilité.

Ecrire « Lu et approuvé » :

Le :

A :

Signature