



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

À remettre le premier jour de stage ou à envoyer par mail : stagevacancescochavanod@gmail.com

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux.

L'enfant :

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la semaine de stage ? OUI NON

Allergies : OUI NON

Si OUI la(les) quelle(s) :

Difficulté de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) :

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

Responsable de l'enfant :

NOM et Prénom :

Téléphone à contacter en cas d'urgence :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :