

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



NOM

PRENOM

Date de naissance / /

Classe :.....

◆ **TRAITEMENT EN COURS**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si **OUI**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) .
Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI.

◆ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
..... / /
..... / /

◆ **RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

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

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)

.....

ADRESSE

.....

☎ Domicile ☎ Portable ☎ Travail

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, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

Date

Signature