

DISPOSITIF ARGENT DE POCHE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- LE JEUNE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Garçon : ☐ Fille : ☐

2- RESPONSABLE DU JEUNE

Nom : Prénom :

Adresse:

Tél : Portable :

Tél. prof Père : Tél prof Mère :

3- MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse:

Tél :

4- VACCINATION

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical du médecin traitant.

5- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical régulier?

OUI ☐ NON ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

ALLERGIES

Asthme :
OUI ☐ NON ☐

Médicamenteuses :
OUI ☐ NON ☐

Alimentaires :
OUI ☐ NON ☐

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, lentilles, prothèse auditives, autres) précisez :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le tuteur du jeune à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date : Signature :