

# 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

Asthmes :  
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, prothèses auditives, autres) précisez :

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

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts 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 :