

FICHE MEDICALE DE LIAISON

Pour Enfant de moins de 7 ans

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

Nom et Prénom 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. :

VACCINS 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 tout médecin à faire pratiquer, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Ecrire « Lu et approuvé » :

Le : A : Signature :