



## « Dispositif Argent de poche » FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :

Masculin

Féminin

### **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : .....

Adresse :

.....

.....

Tél : .....

### **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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.

Asthme

OUI

NON

Traitement médicamenteux

OUI

NON

Allergies 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 :

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, autres), précisez :

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

**VACCINATION**

**Joindre les photocopies du carnet de vaccinations.**

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

Je soussigné(e) .....,  
responsable légale 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