

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche nous permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles.

NOM et PRENOM DE L'ENFANT :.....
Date de naissance :.....
Adresse :
Numéro de Sécurité Sociale du Responsable.....

	L'enfant a-t-il déjà eu :		L'enfant a-t-il en ce moment	
- Asthme	OUI	NON	OUI	NON
- Rhumatismes	OUI	NON	OUI	NON
- Otites	OUI	NON	OUI	NON
- Allergies	OUI	NON	OUI	NON

Si OUI, lesquelles :.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ou a-t-il des contre-indications alimentaires ?
Si OUI, précisez :.....

Je certifie que mon (mes) enfant(s) a (ont) souscrit aux obligations légales en matière de vaccination.

Je soussigné, NOM (Père, Mère)..... autorise les responsables de la Maison des Jeunes à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin, de préférence le docteur – nom, adresse, téléphone :
.....

et autorise toute intervention urgente, si nécessaire sous anesthésie.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à..... Le

Signature :