

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

#### Allergies :

ASTHME  oui  non

ALIMENTAIRE :  oui  non

MEDICAMENTEUSE :  oui  non

Autres : .....

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

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : joindre le protocole et toutes informations utiles.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les précautions à prendre : .....

#### Votre enfant porte-t-il :

des lentilles :  oui  non des lunettes :  oui  non des prothèses auditives :  oui  non

des prothèses ou appareil dentaire :  oui  non

### RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Nom et tél. du médecin traitant : .....

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature\* :