

FICHE DE LIAISON MEDICALE

VACCINATIONS ET INJECTIONS DE SERUM (noter les dates SVP)

Diphtérie-Tétanos	Rappel
Poliomyélite	Rappel
BCG	Résultats
Sérum antitétanique	
Sérum antidiphtérique	

MALADIES ANTERIEURES DE L'ENFANT (mettre une croix)

Typhoïde ()	Oreillons ()	Otite ()
Rubéole ()	Coqueluche ()	Asthme ()
Diphtérie ()	Scarlatine ()	

Autres maladies ou accidents :

Allergies :

DATES ET NATURE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

.....

.....

Groupe sanguin : Urine/Albumine :

Régime alimentaire :

.....

Autres renseignements (joindre une feuille en annexe si nécessaire)

.....

.....

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre.

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant déclare autoriser, en cas d'urgence, le directeur du centre à faire hospitaliser mon enfant et à le faire opérer en cas d'absolue nécessité.

Lu et approuvé,

Signature obligatoire

Le

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT :

Nom et prénom :

Date de naissance :

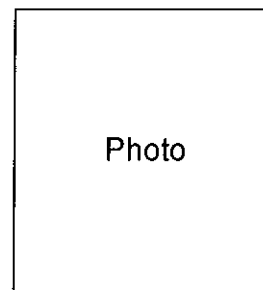
Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Sexe : Age : Année :

Groupe sanguin :



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Père – Mère – Tuteur

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone en cas d'urgence :

Profession de la mère :

Numéro de téléphone du travail de la mère :

Profession du père :

Numéro de téléphone du travail du père :

Numéro de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

Centre payeur :

Mutuelle :