



FICHE SANITAIRE STAGIAIRE

Nom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prénom : _____ Garçon Fille

GROUPE SANGUIN

NUMÉRO SS : _____

Personne à prévenir si nécessaire :

	NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone
1				
2				

Indiquez les difficultés de santé et précautions à prendre :

L'enfant possède-t-il les vaccinations nécessaires à jour ? OUI NON

L'enfant suit-il un traitement médical pendant son séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Boîte(s) de médicaments dans leur emballage d'origine (avec la notice) marquée(s) au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne sera délivré sans ordonnance

ALLERGIES

Alimentaires Asthme Aux médicaments Autres : _____

Je soussigné : Nom : _____ Prénom : _____

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

À : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature :