

N° SIRET : 828 416 461 00014 / Code APE : 9312Z

Création le 15/12/2016 - Déclaration en préfecture : W595028715

Déclaration d'Activité enregistrée sous le numéro 32 59 09552 59 auprès du préfet de région Hauts-de-France

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Monsieur, Madame,

....., tuteur légal de l'enfant
....., autorise les responsables du
stage régional à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si
nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une
hospitalisation.

Date :

Signature :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES :.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

SI CONNU : Groupe sanguin :.....
Rhésus :.....

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Si OUI : Préciser si le stagiaire a un régime alimentaire particulier (sans porc, sans viande,...).

A ramener le jour du stage