|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE**  **DE LIAISON** | **ENFANT**  **NOM :**  **PRENOM**  **Date de naissance**  **Groupe sanguin** |

|  |
| --- |
| **ALLERGIES** |
| ASTHME OUI NON  ALIMENTAIRES OUI NON  MEDICAMENTEUSE OUI NON  AUTRES OUI NON |
| **PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**  (si automédication : le signaler) |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION** |
| **HOSPITALISATION** Autorise N'autorise pas  **SOINS**  (Faire prodiguer d'urgence tous  Les soins nécessaires par les  Services compétents : Médecins Autorise N'autorise pas  Pharmaciens, infirmiers, Hôpital  Clinique….) |

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, réeducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je soussigné(e) : M, ou Mme ……………………………………………. responsable légal de l'enfant, …………………………………………………… déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les services médicaux à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature précédée de la mention "**lu et approuvé"**