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

|  |
| --- |
| **ALLERGIES** |
| ASTHME OUI NONALIMENTAIRES OUI NONMEDICAMENTEUSE OUI NONAUTRES 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 lesServices compétents : Médecins Autorise N'autorise pasPharmaciens, infirmiers, HôpitalClinique….) |

**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"**