

## 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.

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom NOM : .....

Téléphone Portable : .....

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 : .....

A RAMENER LE JOUR DU STAGE