



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 :