

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MISSION ARGENT DE POCHE

NOM : PRENOM :
Date de naissance : Sexe :

Médecin traitant : NOM VILLE 

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole OUI NON	Varicelle OUI NON	Angine OUI NON	Rhumatisme articulaire aigu OUI NON	Scarlatine OUI NON
Coqueluche OUI NON	Otite OUI NON	Rougeole OUI NON	Oreillons OUI NON	

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....
.....

ALLERGIES

Asthme OUI NON

Alimentaires OUI NON

Médicamenteuse OUI NON

Autres OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET RECOMMANDATIONS UTILES (accident, maladie, crise convulsive, hospitalisation, autres informations pouvant être importantes...), merci d'indiquer les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à signaler toutes modifications.**

A Louannec, le.....

Signature du représentant légal
(Précédée de la mention lu et approuvé)