

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant : Garçon Fille

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres :

Problèmes particuliers, asthme, convulsions ou autres :

En cas de P.A.I, une copie sera jointe au dossier.

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous, soussignés, _____

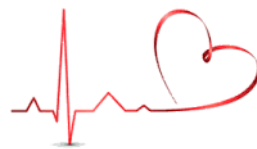
Responsables légaux de l'enfant _____

Déclarons l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et Autorisons la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, traitement médical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signatures des représentants légaux :

Année 2026-2027 :

Année 2027-2028 :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant : Garçon Fille

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres :

Problèmes particuliers, asthme, convulsions ou autres :

En cas de P.A.I, une copie sera jointe au dossier.

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous, soussignés, _____

Responsables légaux de l'enfant _____

Déclarons l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et Autorisons la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, traitement médical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signatures des représentants légaux :

Année 2026-2027 :

Année 2027-2028 :

