



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRE

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Poids : _____ kgs Taille : _____ Pointure de chaussure : _____ Sexe : f / M

Date du dernier vaccin antitétanique : _____

Les autres vaccins sont-ils à jour ? : Oui / Non

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (allergies, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation importante, chirurgie, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant ou le jeune a-t-il un traitement médicamenteux à prendre journalièrement ? : OUI NON

Si OUI, ajouter à cette fiche la liste de médicaments qu'il prend quotidiennement.

Nom du médecin traitant : _____ tel : _____

« En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. »

Nom, qualité (ex voisine, tante, amie) et téléphone d'une ou deux personne(s) susceptible(s) de vous prévenir rapidement :

1) _____

2) _____

Numéro de Sécurité Social : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE

Je soussigné, autorise l'anesthésie de mon enfant, au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signatures des parents :