**Fiche sanitaire de liaison**

**Nom**:……………………………………………………… **Prénom** :……………………………………………

**Vaccinations** : à jour. Fournir une photocopie de l’intégralité des vaccins pratiqués.

Si les vaccinations ne sont pas à jour joindre un certificat médical de contre-indication.

**Renseignement concernant le stagiaire** :

Suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, **joindre une ordonnance** et **les médicaments correspondants** dans leur boite d’origine marquée au nom de l’enfant

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Le stagiaire a-t-il des allergies** :

* Asthme oui non
* Alimentaires oui non
* Médicamenteuses oui non
* Autres oui non

Si oui, précisez la cause de l’allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir**.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Le stagiaire présente-t-il **un problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d’informations médicales (sous pli cacheté), des précautions à prendre ? oui non

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Recommandation utile des parents** :

Port de lunettes, de lentilles, d’appareils dentaires ou auditifs, comportement de l’enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne …

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Responsable légal du stagiaire** :

NOM :…………………………………………………………… Prénom :…………………………………………………………

Tél en cas d’urgence :………………………………………………………..

J’autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé du stagiaire.

Date :…………………………………… Signature du responsable légal :