FICHE SANITAIRE

NOM :	
Prénom :	
Date de Naissance :	

Personne à prévenir en cas d'urgence :	
NOM :	
Prénom :	
En qualité de :	
Téléphone domicile :	
Mobile :	
Téléphone Pro :	

L'enfant soit-il un traitement médical pendant le séjour ? **Oui** **non**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : **ASTHME : oui non**

MEDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES : oui non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

AUTRES :

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Lieu :

Signature :

Mélissa Leboeuf
Melissa.leboeuf@lourugby.fr