

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

UN EXEMPLAIRE PAR JEUNE INSCRIT

NOM:.....Prénom:.....

DATE DE NAISSANCE :.....Tél :.....

ADRESSE:.....

SECURITE SOCIALE:

ASSURE NOM :.....Prénom :.....

Adresse :.....

N° Sécurité sociale :.....

Nom et adresse de votre centre :.....

MUTUELLE NOM :.....

Adresse :.....

Numéro de contrat:.....

RESPONSABILITE CIVILE / DOMMAGES AUX TIERS / ASSISTANCE RAPATRIEMENT

NOM de votre compagnie :.....

Adresse :.....

Tél:.....

Numéro de contrat:.....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM:.....Tél :.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations

BCG : Date :

DT Polio: Date :

Hépatite (facultatif) : Date :

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention? Oui / Non

Laquelle: Quand:

Votre enfant est-il allergique? Oui / Non

- Allergies alimentaires:

.....

- Allergies médicamenteuses:

.....

- Si oui, quels sont les symptômes?

.....
.....

- En cas de crise, que faut-il faire?

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

Votre enfant a-t-il un traitement en cours?

Si oui, indiquez le nom et la posologie de ses médicaments :

.....
.....

Si votre enfant présente d'autres troubles bénins

(somnambulisme, crise de colite, etc.) merci de nous le préciser

.....
.....

Date de rédaction de cette fiche :