

## FICHE MEDICALE DE LIAISON

**Pour Enfant de moins de 7 ans**  
(document devant être fourni en cas de nécessité au médecin)

Nom et Prénom du stagiaire : .....

Nom du médecin à contacter : .....

Tél : .....

Observations médicales particulières (allergies...) :

.....

L'enfant prend-il des médicaments régulièrement ?  oui  non  
si oui lesquels ?

.....

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

..... Tél. : .....

**VACCINS DTP** ou vaccin TETRACOQ : (obligatoire depuis la Loi du 05/09/87)

**1<sup>ère</sup> injection** : ... /... / ...

**2<sup>ème</sup> injection** : ... /... /...

**3<sup>ème</sup> injection** : ... /... /....

**Rappel** : ... /... /...

Autres Vaccinations : .....

### Personne responsable de l'enfant

Nom et prénom : .....

Qualité : .....

Domicile : .....

.....

Tél. : .....

N° de sécurité sociale : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise tout médecin à faire pratiquer, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Ecrire « Lu et approuvé » :

Le :..... A :..... Signature :