

STAGE USI

FICHE SANITAIRE

NOM DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

PARENTS ou TUTEURS

Nom :

Prénom :

Tel domicile :

Tel bureau :

Tel urgence :

(1) : Rayer la mention inutile

- Régime alimentaire spécial (1) **OUI / NON**

Si oui, lequel :

.....

- **Traitement médical spécial** (1) **OUI / NON**

Si oui, lequel :

.....

- **Maladie particulière (allergie, etc...)** (1) **OUI / NON**

Si oui, laquelle :

.....

- **Vaccins : Antipolio** : date :

- **Antitétanique** : date : **BCG** : date :

- **Groupe sanguin** :

J'autorise le responsable du stage ou tout autre encadrant à faire examiner mon enfant par un médecin, à le faire hospitaliser (ou opérer), pendant la durée du stage, si cela s'avère nécessaire et à quitter l'établissement de soin avec l'enfant s'il n'a pas besoin d'être hospitalisé.

Dans le cas où vous ne souhaiteriez pas que votre enfant subisse une intervention chirurgicale, veuillez **IMPÉRATIVEMENT** joindre et signer une décharge.

Fait à, le Signature du parent :