**STAGE USI**

**FICHE SANITAIRE**

**NOM DE L’ENFANT PARENTS ou TUTEURS**

Nom : ………………………. Nom : ……………………………..

Prénom : ……………............. Prénom : …………………………..

Date de naissance : …………. Tel domicile : ……………………..

Adresse : ……………………. 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 IMPERATIVEMENT joindre et signer une décharge.**

**Fait à ……………………………, le ……………………….. . Signature du parent :**