

**FICHE MEDICALE DE LIAISON**  
**POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS**

(ce document devant être fourni en cas de nécessité au médecin traitant)

**NOM et PRENOM 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. : .....

**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 le directeur du centre à prendre toute décision d'une intervention chirurgicale ou médicale, dans le cas où l'état de mon enfant présenterait un caractère d'urgence, pendant le temps qu'il est sous sa responsabilité.

Ecrire « Lu et approuvé » :

Le :

A :

Signature