

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*(pour tous les stagiaires)*

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal..... Ville .....

Date et lieu de naissance.....

Nom de la personne responsable de l'enfant .....

Téléphone Personnel .....

Téléphone Professionnel .....

N° Sécurité Sociale (mettre les 15 chiffres) .....

VACCINATIONS	DATES
B. C. G.	
D. T. POLIO	
<i>AUTRES :</i>	

Antécédents pathologiques :.....

Contre indication aux médicaments et aliments (*préciser*).....

.....

.....

Précautions particulières à observer .....

.....

.....

Traitement en cours .....

.....

.....

ALIMENTATION PARTICULIERE : .....

.....

.....

Le responsable soussigné, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à .....

le.....

Signature