

FICHE SANITAIRE DE LIAISON TAP

ATTENTION

LE VACCIN Diphtérie Tétanos Poliomyélite est obligatoire,
merci de fournir une photocopie du carnet de vaccination

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

ASTHME oui non

ALLERGIES

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PAI oui non

REGIME ALIMENTAIRE

sans porc

sans viande

Autres :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsive...) ET RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (diabolos, prothèse auditive...) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :