

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

Reconnaissance MDPH (nature du Handicap et recommandations) :

.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Mail :@.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

COMPLEMENT FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Suite à une nouvelle législation
(À remplir par les parents ou les responsables légaux)

▪ En cas de fièvre et/ou douleur,

Nous parents, du dit enfant, autorisons la personne responsable de l'accueil à lui administrer du **paracétamol** (Doliprane par exemple)

OUI **NON** (barrer la mention inutile)

Poids de votre enfant : kg

▪ En cas de chute, de choc, contusion, hématome, ...

Nous parents, du dit enfant, autorisons la personne responsable de l'accueil à lui administrer de **l'arnica** (granules homéopathiques) et à appliquer une pommade HEMOCLAR à base d'arnica

OUI **NON** (barrer la mention inutile)

Date et signature :