

Association Cormicy Petite Enfance
Micro crèches CORMIBOUT'CHOU et CORMI'DOUDOU
2 bis, Remparts du Nord
51220 CORMICY
03.26.50.82.06

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

Nom : Prénom : Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Tél. :

VACCINATIONS :

- Joindre une photocopie du carnet de santé.
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Maladies infantiles déjà contractées :

.....

.....

Asthme : oui non

Allergies : oui non

Médicamenteuse Alimentaire

Autre :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant.

Remarque : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Observations particulières :

.....

.....

.....

Association Cormicy Petite Enfance
Micro crèches CORMIBOUT'CHOU et CORMI'DOUDOU
2 bis, Remparts du Nord
51220 CORMICY
03.26.50.82.06

Conduite à tenir :

En cas d'hospitalisation, vers quel hôpital ou clinique souhaitez-vous que votre enfant soit orienté ?

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
Adresse : Tél. :

Nom : Prénom :
Adresse : Tél. :

Nom : Prénom :
Adresse : Tél. :

Association Cormicy Petite Enfance
Micro crèches CORMIBOUT'CHOU et CORMI'DOUDOU
2 bis, Remparts du Nord
51220 CORMICY
03.26.50.82.06

AUTORISATION D'INTERVENTIONS MEDICALES OU CHIRURGICALES EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné(e) Monsieur ou Madame
Représentant légal de l'enfant (Nom et Prénom)
..... Né(e) le à
Autorise que soient effectués tous soins ou toutes interventions chirurgicales
avec ou sans anesthésie générale dans le cas où il serait matériellement
impossible de me joindre.

Cette autorisation est valable uniquement en cas d'urgence et sous réserve d'un
avis médical.

Cormicy, le
Signature