



FICHE DE LIAISON DESTINEE AUX SERVICES DE SECOURS D'URGENCE

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TEL DU DOMICILE/PORTABLE :

TEL DU TRAVAIL :

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

TEL DU MEDECIN TRAITANT

VOTRE ENFANT A-T-IL UN SUIVI DANS UN CENTRE HOSPITALIER ?

SI OUI LEQUEL ?.....

MALADIES A SIGNALER :	OUI	NON	TRAITEMENT
Diabète			
Asthme			
Hémophilie			
Allergie A quoi ?			
Convulsions			
Autres			

En cas d'urgence, l'enfant est évacué par les pompiers, vers le centre mentionné sur la fiche d'inscription ou le centre désigné par le responsable des secours. Les parents seront immédiatement prévenus.

SIGNATURES :

Responsable 1 :

Responsable 2 :

JE SOUSSIGNE(E), DOCTEUR.....

CERTIFIE QUE L'ENFANT.....

NE(E) LE.....NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITE

DATESIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT.....