



Fiche médicale – Stages 2020

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national	
Nom et numéro du médecin traitant	
Troubles médicaux chroniques	
Allergies	
Personne à contacter en cas d'urgence (+ numéro)	
Ordre de vaccin ?	O Oui O Non Si non, préciser:



Autorisation Parentale – Stages 2020

Je soussigné....., parent de....., accepte de faire confiance à l'équipe « Liens de Quartier Petite Enfance » pour poser un choix médical auprès de mon enfant en cas d'urgence.

Je déclare sur l'honneur, être joignable et disponible à venir chercher mon enfant, au plus vite, en tout temps durant la période de stage si l'équipe juge cela nécessaire.

J'accepte que mon enfant soit pris en photo durant le stage : O oui O non

Date :

Signature :