

**FICHE MEDICALE
ANTECEDENTS PERSONNELS**

Nom, Prénom :

- Joindre photocopie Carnet de Santé Vaccinations-

Maladie infectieuses et autres affections :

Poids :

Taille :

Interventions chirurgicales:

Allergies alimentaires ou médicamenteuses :

J'autorise la direction à laisser hospitaliser le stagiaire à mes frais et faire procéder à toute intervention chirurgicale jugée urgente par le médecin de l'établissement.

Le stagiaire ou ses parents ou correspondants certifient par la présente détenir une assurance < responsabilité civile >

La Direction du stage décline toute responsabilité en cas de perte, de dommages ou de vol durant le séjour.

Fait à

le

Signature (lu et approuvé – bon pour accord)