

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

I Vaccinations(se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates de derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtéries				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

II Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit un traitement médical ☐ oui ☐ non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

ATTENTION :Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ Date : _____