

## 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
Diphthéries				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				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses      oui non      asthme    oui non  
alimentaires                        oui non      autres    oui non

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

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

### **III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

#### **IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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