

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 fiche par enfant)

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	<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	

