

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 fiche par enfant)

ENFANT:									
NOM									
PRENOM									
DATE DE NAISSANCE									
ADRESSE									
•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	•••••	
I Vaccinations(se référer au carnet de santé)									
Vaccins obligatoir	es OUI	NON	Dates de	e derniei	s rappels	Vacci	ns recommandés	Dates	
Diphtéries						Hépati	tes B		
Tétanos						Rubéo	le		
Poliomyélite						Coque	luche		
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)									
<u>ATTENTION</u> : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance									
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?									
Rubéole	Varice		Angine			carlatine Coqueluche			
□ oui □ non Otite	□ oui □ Rouge	□ non eole	□ oui Oreil	☐ non		□ oui □ non □ oui □ non □ Rhumatisme articulaire aigu			
□ oui □ non	□ oui □		□ oui		□ oui □ non				

Allergies	: médicamenteuses	oui non	asthme		non
	alimentaires	oui non	autres	oui	non
Préciser l	la cause de l'allergie	et la conduite à te	enir:		
				/ulsiv	es, hospitalisation, opération, rééducation)
en precisa	int les dates et les pr	-			
			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
III - Reco	ommandations utile	s :			
			anditives de	e nro	thèses dentaires, etc?
i iccisci si	•	• •		•	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
IV - Resp	onsable légal de l'e	nfant :			
Nom:]	Prénom:			
Adresse:					
Tél. domi	cile :	ravail :	r	ortab	le :
	l. du médecin traitan		۲	01140	
Nom et te	i. du medeem traitan	((acanany)			
_					
					nements portés sur cette fiche et autorise le nédical, hospitalisation, intervention chi-
	rendues nécessaires			ieni n	ieaicai, nospiiaiisaiion, imerveniion chi-
,		•			
Signature	(précédée de la men	tion lu et approuvé)): I	Date:	