



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION, ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? : OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cochez la case)

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :	ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES à préciser <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)
PRÉCISEZ LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE CAS ECHEANT.

.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DE LA FAMILLE

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
IL A DES DIFFICULTES D'ORIENTATIONS ? TROUBLES DU COMPORTEMENTS ? ETC...
IL A UN REGIME ALIMENTAIRE PARTCULIER ? ETC

.....
.....
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM-PRENOM

ADRESSE

CP :VILLE

☎ TEL(S). DOMICILE(S) :

☎ PORTABLE (mère) : ☎ PORTABLE (mère) :

☎ TRAVAIL (mère) : ☎ TRAVAIL (père) :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :ADRESSE CENTRE PAYEUR.....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT EN CAS D'URGENCE :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM-PRENOM.....☎.....LIEN avec l'ENFANT.....

NOM-PRENOM.....☎.....LIEN avec l'ENFANT.....

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

Date :

Signature :