

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date de Naissance..... Garçon ☐ Fille ☐ Classe .....

Nom ..... et ..... prénom ..... du ..... père .....

Adresse..... Tél .....

Nom ..... et ..... prénom ..... de ..... la ..... mère .....

Adresse (si différente) ..... Tél .....

## 2 - VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				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 antitétanique ne présente aucune contre-indication

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant doit suivre un traitement médical : JOINDRE UNE ORDONNANCE ET LES MEDICAMENTS CORRESPONDANTS (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

T/S.V.P.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. PRECISEZ.

.....

Je soussigné(e) .....déclare que l'enfant ci-dessus désigné(e) :

**doit conserver <sup>(1)</sup>**

**ne doit pas conserver <sup>(1)</sup>**

ses lunettes à la cantine, à la garderie ou lors des récréations.

**(1) Rayer les mentions inutiles**

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom ..... Prénom

.....

Adresse..... Tél. fixe

.....

Tél. portable..... Tél. bureau

.....

Nom et Tél. du médecin traitant

.....

**Nom, prénom, n° de téléphone (fixe, portable, bureau) des personnes de votre choix, à prévenir au cas échéant :**

1 -  
.....

2 -  
.....

3 -  
.....

Je soussigné(e) ..... 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.

Date : ..... Signature :