

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT ET EVITE DE VOUS
DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

NOM : PRENOM :

SEXE : M F Date de Naissance :

➤ JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS

- 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

➤ NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

.....

➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non
- Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

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

➤ ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

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

.....

.....

.....

➤ DIFFICULTES DE SANTE : (MALADIE ? ACCIDENT ? CRISES CONVULSIVES ? HOSPITALISATION ?
OPERATION ? REEDUCATION ?), EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....

.....

.....

➤ PAI : OUI NON

➤ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

TEL :