

## 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 : .....