

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 :

➤ 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 ni autorisation d'un responsable légal.

➤ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre- indication

➤ 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 (fournir le PAI) :

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

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

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

➤ PARTICULARITES : L'enfant est-il porteur de ?

Lunettes Appareil dentaire Appareil auditif Un handicap

➤ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

TEL :

Date et signature des responsables légaux