

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 vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date des derniers rappels
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, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

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 aigu	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"/>		

L'enfant a-t-il des **allergies** ?

Asthme : oui non

Allergies médicamenteuses : oui non

Allergies alimentaires : oui non

Autres :

S'il y a une allergie, précisez la cause de celle-ci et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après les éventuelles **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. ? Précisez :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tel fixe domicile : _____

Tel fixe travail : _____

Portable : _____

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

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

Date : _____

Signature : _____