

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : ..... PRÉNOM..... NÉ(E) LE : .....

### 1 - VACCINATIONS : DONNER UNE COPIE DU CARNET DE SANTÉ

**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.

OBLIGATOIRES				RECOMMANDÉS	
	OUI	NON	DATES RAPPELS		DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

### 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

→ L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI / NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Faire de même en cas de traitement ponctuel.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

→ Allergie(s) connue(s) ?

	OUI	NON		OUI	NON	
RUBÉOLE				ASTHME		
VARICELLE				ALIMENTAIRE		
ANGINE				MÉDICAMENT		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜE				Autres : .....		
SCARLATINE				.....		
COQUELUCHE				Précisez la cause et la conduite à tenir : .....		
OTITE				.....		
ROUGEOLE				.....		
OREILLONS				.....		

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

Recommandations utiles des parents : .....

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

Précisez : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à le présenter à un médecin et j'autorise ce dernier à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicalement justifiée par son état. En cas d'hospitalisation, j'autorise le responsable à le récupérer à sa sortie.

Date :

Signature :