

## 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.

<b>OBLIGATOIRES</b>			
Diptérie – Tétanos – Poliomyélite. <b>Date</b> : .....			
<b>AUTRES VACCINS</b>			
	Date		Date
Rubéole-oreillons-rougeole		Méningocoque C	
Coqueluche		Haemophilus influenza B	
Hépatite B		BCG	
Pneumocoque		Autre : .....	

### 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				MEDICAMENT	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË				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 :