

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Date : **Date fin de validité (3 ans) :**

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : Garçon Fille

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie (INFANRIX / PENTAVAC / ...)				Hépatite B (HBVAXPRO / ENGERIX / ...)	
Tétanos (INFANRIX / PENTAVAC / ...)				Rubéole-Oreillons-Rougeole (PRIORIX / ...)	
Poliomyélite (INFANRIX / PENTAVAC / ...)				Coqueluche (INFANRIX / PENTAVAC / ...)	
Ou DT polio (INFANRIX / PENTAVAC / ...)				BCG	
Ou Tétracoq (INFANRIX / PENTAVAC / ...)				Infection à pneumocoque (PREVENAR ...)	
				Autres : NEISVAC	
				Autres : ...	

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale

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

RUBEOLE 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

RÉGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS :

Préciser si l'enfant a un régime alimentaire particulier (sans porc, sans viande,...).

Si l'enfant ne mange pas de viande, fournir un certificat médical précisant que cela ne met pas sa santé en danger.

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

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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... Précisez :

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....
.....

 fixe :  portable :  pro :

Nom et tél du médecin traitant :

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

Signature :

.....