



Fiche sanitaire de liaison

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ fille garçon

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins	oui		non		Dernier rappel	Vaccins	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						ROR					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (<i>préciser</i>)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

IV - Responsable légal de l'enfant :

Responsable 1 :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse: _____
Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Responsable 2:

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse: _____
Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

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 (*précédée de la mention lu et approuvé*) : _____ Date : _____

II - Renseignements médicaux :

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :