



# 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 :