

Fiche sanitaire de liaison

1 - Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon

2 - Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates Des Derniers Rappels	Vaccins Recommandé	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - Renseignement médicaux concernant l'enfant

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (Boîtes de médicament dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

▲ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Rubéole : 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

Médicamenteuse : Oui Non

Alimentaires : Oui Non

Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si automédication le signalez) :

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crise convulsives, Hospitalisation, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :
