

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2024/2025****1 – ENFANT**

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON ☐FILLE ☐**2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

*Coordonnées téléphonique du Père**Coordonnées téléphonique de la Mère*

Domicile : _____

Domicile : _____

Mobile : _____

Mobile : _____

Travail : _____

Travail : _____

Autres personnes pouvant être joints en cas d'urgence (Indiquer le téléphone)

NOM Prénom : _____ Téléphone : _____

NOM Prénom : _____ Téléphone : _____

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME

OUI ☐NON ☐

ALIMENTAIRES

OUI ☐NON ☐

MEDICAMENTEUSES

OUI ☐NON ☐

AUTRES :

SI OUI, PRECISEZ LA CAUSE DES ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :.....
.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

<u>RUBEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

4 - ETAT DES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

5 - INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - *maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...* - en indiquant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez :

.....
.....

6 - NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

DOCTEUR : _____ Téléphone : _____
ADRESSE : _____ VILLE : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à _____ , le _____

Signature du représentant légal