



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020/2021**

**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

<b><u>RUBEOLE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>VARICELLE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>ANGINE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>SCARLATINE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b><u>COQUELUCHE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>OTITE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>ROUGEOLE</u></b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b><u>OREILLONS</u></b> 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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