



FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
LIEU DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

2- VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS (obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018)	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
VACCINS FACULTATIFS	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	Pneumocoque	
BCG (Tuberculose)				Haemophilus influenzae b	
Autres (préciser)				Méningocoque C	
Autres (préciser)					

Vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, polio.

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de préciser pourquoi et joindre un certificat médical de contre-indication :

.....

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées du nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	AUTRE (Précisez)

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
 ALIMENTAIRE oui non AUTRES (précisez) :

Conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

4- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Mère : NOM : PRÉNOM :

Adresse :

domicile : portable : travail :.....

Père : NOM : PRÉNOM :

Adresse :

domicile : portable : travail :.....

NOM et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature