

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable 1 :

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Code postal : Commune :

Lien de parenté :

Mail :

N° de Téléphone : domicile : portable : travail :

Responsable 2 :

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Code postal : Commune :

Lien de parenté :

Mail :

N° de Téléphone : domicile : portable : travail :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		VARICELLE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		ANGINE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		RHUMATISME <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		ARTIC ULAIRE AIGÛ <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non	
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
SCARLATINE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		COQUELUCHE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		OTITE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		ROUGEOLE <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non		OREILLONS <table border="1"><tr><td>Oui</td><td></td></tr><tr><td>Non</td><td></td></tr></table>	Oui		Non	
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								
Oui																								
Non																								

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 au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

