

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022</b>	<b>1 – ENFANT</b>  NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---	---

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

NOM : _____	PRENOM : _____
ADRESSE : _____	VILLE : _____
<i>Coordonnées téléphonique du Père</i>	<i>Coordonnées téléphonique de la Mère</i>
Domicile : _____	Domicile : _____
Mobile : _____	Mobile : _____
Travail : _____	Travail : _____
<i>Autres personnes pouvant être joints en cas d'urgence (Indiquer le téléphone)</i>	
NOM Prénom : _____	Téléphone : _____
NOM Prénom : _____	Téléphone : _____

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
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
Diphthérie				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**