

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ANNÉE 2023/2024**

NOM :

(en lettres capitales)

PRENOM :

(en lettres capitales)

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

POIDS (kg) :

GROUPE SANGUIN :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant un séjour de l'enfant pendant l'année ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Merci de **nous signaler en temps utile les modifications** concernant la santé de votre enfant.

VACCINATIONS :

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-oreillons-rougeole | |
| Polyomélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Merci de nous **signaler tout traitement médical** de l'enfant, **en joignant** 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.

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

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES : asthme oui non

alimentaires oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE

.....
.....

TEL fixe domicile:.....PORTABLE père.....

BUREAU :..... PORTABLE mère.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

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

Date :

Signature :