



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021</h1>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM: _____</p> <p>PRÉNOM: _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE: _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de l'année.

2- 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
6 ans	Diphtérie				Hépatite B	
	Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
	Poliomyélite				Coqueluche	
	Ou DT polio				BCG	
	Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Aucun médicament ne pourra être administré.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

4 - Recommandations utiles des parents :

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? non occasionnellement oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non oui

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Autres : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date:

Signature: