



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de Naissance : .....  
 Nom de médecin traitant : .....  
 Téléphone : .....

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Téléphone Fixe : .....  
 Portable : .....  
 Bureau : .....

Autres personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Téléphone : .....  
 Nom : ..... Téléphone : .....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DTPC				Hépatite B	
Diptérie, Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite, Coqueluche				Infections Invasives à pneumocoque	
				Autres (préciser)	

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES: ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
 ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES OUI  NON   
 PRECISEZ LA CAUSES DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si auto médication le signaler)

.....  
 .....

### LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIES, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATIONS) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....  
 .....

### RECOMMANDATIONS UTILE DES PARENTS

VOTRE ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

.....  
 .....

PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ....

.....  
 .....

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

**DATE :**

**SIGNATURE :**