

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017 - 2018

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccinations

Restauration scolaire : Péri-scolaire : N A P :

1 - ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin :

Ecole fréquentée : _____

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

2 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE

VACCINS OBLIGATOIRES			Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates	Vaccins pratiqués	Dates
1 ^{er} vaccin	/ /	Vaccin	/ /		/ /
Monotest	/ /	1 ^{er} rappel	/ /		/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné : Pourquoi ? : _____

INJECTION(S) SERUM	Nature		Dates	
			/	/
			/	/

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

ALLERGIES :

ASTHME		ALIMENTAIRES		MEDICAMENTEUSES		AUTRES (à préciser)	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI		

PRÉCISEZ la CAUSE de l'ALLERGIE et la CONDUITE à TENIR (si automédication, le signaler) :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES et précautions à prendre :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations...)

Difficultés de santé	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Tél : fixe _____ portable : _____ travail : _____

Nom et tél. du médecin traitant (FACULTATIF) : _____

N° de sécurité sociale : _____

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

Date : _____ Signature : _____

OBSERVATIONS DIVERSES :
