



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant : Nom : Prénom :
Date de naissance :
Garçon Fille

Le responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphones :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Les renseignements médicaux : 1) L'enfant a-t-il déjà 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 ARTICULAIRE AIGÜ 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 Médicamenteuse : oui non Alimentaire oui non Autres :

2) 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	
Ou DT polio				BCG	
Ou DT Tétracoq				Autres (à préciser)	

Autorisation légale :

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

N° sécurité sociale de la mère : N° sécurité sociale du père :

Date : Signatures :