

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS SANITAIRES NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.

1/ VACCINATIONS

REMETTRE LA COPIE DES PAGES « VACCINATIONS » DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT

OU

COMPLETER LE TABLEAU QUI SUIT A PARTIR DU CARNET DE SANTE OU DES CERTIFICATS DE VACCINATIONS DE L'ENFANT

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? OUI NON

Si oui, lequel :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil individualisé) dans le cadre scolaire : OUI NON

3/ ALLERGIES

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

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

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....

4/ RECOMMANDATIONS UTILES

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... Précisez :

.....
.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

Madame, Monsieur....., déclare(nt) exacts les renseignements portés sur les différents documents administratifs et autorise(nt) le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Et s'engage(nt) à signaler tous changements modifiant les indications portées sur ces documents

Date et lieu :

Signature(s)