

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT
NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie			Hépatite B	
Tétanos			R.O.R	
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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **OBLIGATOIRE**

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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 AIGU 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 : ASTHMES Oui non MEDICAMENTEUSES Oui non
 ALIMENTAIRES Oui non AUTRES