



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2- VACCINATIONS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole oui / non	Varicelle oui / non	Angine oui / non	Rhumatisme articulaire aigu oui / non	Scarlatine oui / non
Coqueluche oui / non	Otite oui / non	Rougeole oui / non	Oreillons oui / non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte -t-il des lunettes, une prothèse auditive, dentaire, ophtalmique... précisez-le :

Bénéficie-t-il d'une prise en charge spécifique ? Si oui, laquelle ?

Votre enfant mouille-t-il encore son lit ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

Y a-t-il des besoins autour des repas ? _____

Autour du sommeil ? doudou, tétine ... ? _____

Y a-t-il des choses à nous communiquer sur la communication ? le rapport à l'autre ?

Les déplacements ?

La sensorialité ?

Ou des intérêts spécifiques à connaître ?

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM(S) _____ PRÉNOM(S) _____

Numéros de téléphone en cas d'urgence : _____

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

Date :

Signature(s) :

