

Fiche sanitaire et de liaison

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ N° Sécurité Sociale : _____
 Nom & N° Tél. du médecin traitant : _____
 Allergies (alimentaire, autres...) : _____
 Régime alimentaire : _____

Vaccins Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant :

Précisez s'il s'agit du :		Vaccins pratiqués		Dates	
DT Polio	/...../.....	/...../.....	
DT coq	/...../.....	/...../.....	
Tétracoq	/...../.....	/...../.....	
D'une prise polio :	/...../.....	/...../.....	
Rappels :	/...../.....	/...../.....	
	/...../.....	/...../.....	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS	DATES
1 ^{ER} vaccin de revaccination/...../...../...../.....	Vaccin 1 ^{er} rappel/...../...../...../.....	Vaccin 1 ^{er} rappel/...../...../...../.....
Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?					
			Nature	DATES	
Injections Sérum			/...../...../...../.....	

Renseignements médicaux concernant l'enfant Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Coqueluche	Otites	Asthme	Rougeole	Oreillons
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Autres difficultés de santé en précisant les dates Maladies, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opération chirurgicales, etc.)

Autres difficultés de santé	Dates
/...../...../...../...../...../.....

Difficulté particulière et Recommandations des parents :

Traitements médicaux

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel ?.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'école/accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements Médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date & Signature du responsable légal :