

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (valable une année scolaire)

**ENFANT :** Fille  Garçon

NOM et Prénom :

Date de naissance : Age :

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

**PERE :**

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél. bureau : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**MERE :**

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél. bureau : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Email : \_\_\_\_\_

N° d'allocataire CAF ou MSA \_\_\_\_\_

Nom compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

**Nom et téléphone du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, autres personnes à contacter (nom + n° de téléphone) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé - joindre une copie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## **L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :**

Rubéole : Oui  Non  Coqueluche : Oui  Non

Varicelle : Oui  Non  Otite : Oui  Non

Angine : Oui  Non  Rougeole : Oui  Non

Scarlatine : Oui  Non  Oreillons : Oui  Non

## **ALLERGIE :**

Asthme : Oui  Non  Médicamenteuse : Oui  Non

Alimentaire : Oui  Non  Autre : Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives,

hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à

prendre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à:

Le: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_