

Fiche sanitaire de liaison 2017-2018

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____

Vaccinations (se référer au carnet de santé et au carnet de vaccinations de l'enfant)
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.

Vaccin obligatoire	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccin recommandé	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-oreillons- rubéole	
Poliomyélite				coqueluche	
Ou DT polio				Autres(préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

Allergies :

Asthme : Oui Non

Allergie médicamenteuse : Oui Non

Allergie alimentaire : Oui Non

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Nom, adresse, numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Responsable de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Je soussigné _____, 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 :