

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b><u>1. ENFANT</u></b>	
	NOM: _____	
	PRENOM: _____	
	DATE DE NAISSANCE: ____/____/____	
	GARCON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**2. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diptérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus influenzae b			
VACCINS RECOMMANDE	OUI	NON	DATES
BCG			
Pneumocoque			
Hépatite B			
ROR			
Autres (à préciser)			

**Date de dernière mise à jour du carnet de santé :**

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

**3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Actuellement l'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui       Non

MEDECIN TRAITANT:      NOM:.....      Tel:.....  
 Adresse:.....

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

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"/>	

**ALLERGIE:**      ASTHME      oui  non   
 ALIMENTAIRE      oui  non   
 MEDICAMENTEUSE      oui  non   
 AUTRES:      oui  non

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)

.....  
 .....

**4. RECOMANDATION DES PARENTS:**

.....  
 .....  
 .....

**5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

DATE:      SIGNATURE

<b><u>PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR</u></b>
--