

Fiche sanitaire de liaison

2024-2025

ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Garçon Fille

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom / Prénom : Lien parenté :

 :

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		Autre :	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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.

- L'enfant a-t-il des saignements de nez difficiles à stopper ? OUI NON
- L'enfant a-t-il des bleus après avoir reçu un coup minime ? OUI NON
- L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

.....

PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :

- lunettes lentilles prothèses auditives prothèses dentaires autre

VOTRE ENFANT A-T-IL D'AUTRES PROBLEMES : PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :

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

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : Commune :

 :

Date :

Signature du représentant légal :