



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant..... Prénom

Date de naissance

1/ VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de Santé ou de certificats de l'enfant)

Antipoliomyélitique – Antidiphtérique – Antitétanique – Anticoquelucheuse

	Vaccins pratiqués	Dates
Précisez s'il s'agit		/ /
Du DT Polio		/ /
Du DT Coq		/ /
Du Tétracoq		/ /
D'une crise polio		/ /
		/ /
Antituberculose BCG	Antivariolique	Autres Vaccins
1^{er} Vaccin	Vaccin	Vaccins
Revaccination	1er Rappel	Pratiqués
Date	Date	Date
Date	Date	Date

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?

Nature Dates

	Nature	Dates
Injection de Sérum		/ /
		/ /

2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angines		Rhumatismes		Scarlatine	
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui

L'enfant a-t'il déjà été hospitalisé?. Date

Pourquoi ?

Où ?

L'enfant a-t'il déjà suivi un traitement de longue durée ?

Lequel ?

Quand ?

Pourquoi ?

Indiquez si l'enfant a d'autres problèmes de santé ?

Problèmes ORL Oui Non

Crises convulsives Oui Non

Diabète Oui Non

L'enfant est-il allergique à certains aliments ?

Non Oui Lesquels ?

Allergique à certains médicaments ?

Non Oui Lesquels ?

En cas d'urgence, j'autorise l'école à prendre toutes les mesures nécessaires concernant mon enfant.

Responsable de l'enfant

Nom Prénom

Adresse

N° de Sécurité Sociale Centre de paiement.....

Date

Signature