

Fiche sanitaire de liaison

Votre enfant

Nom / Prénom : Date de naissance:

Médecin traitant : tel :

Vaccinations (se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires*			Dernier rappel	Vaccins recommandés			date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (précisez)			
ou tétracoq							
B.C.G							

*Joindre un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires

Renseignements médicaux

L'enfant doit-il suivre un traitement médical* oui non

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

* joindre une ordonnance récente / Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Rubéole	varicelle	Angine	Scarlatine	coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

Allergies

Médicamenteuses :

Alimentaires** :

** joindre la copie du PAI

Allergies

Je soussigné (e) responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur les fiches et autorise les services à prendre, le cas échéant, toutes mesures (intervention, hospitalisation) rendues nécessaires à l'état de l'enfant.

Signature

(précédée de la mention lu et approuvé)