

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*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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** :
Autres informations importantes :

** 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)