

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance.....

N° de téléphone personnel et professionnel des personnes à joindre en cas d'urgence

VACCINATIONS

A cocher ou joindre photocopie de la page de vaccination du carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 de longue durée OUI NON

Si OUI, lequel :

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

	oui	non		oui	non		oui	non
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire :

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

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

Nom et Tél du médecin traitant :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e) NOM.....Prénom.....

responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Bruyères à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :