

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON       FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT L'ENFANT.

### 2 – VACCINATIONS (joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant présente-t-il un handicap ? OUI       NON

*Si oui, merci de fournir le justificatif AEEH*

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**

PAI existant : OUI       NON       si oui merci de joindre une copie du PAI  
 (Projet d'Accueil Individualisé) avec protocole d'urgence et trousse médicale si nécessaire

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON       MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON       AUTRES .....

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

.....  
 .....

#### INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
 .....

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN  
 TRAITANT :

.....  
 .....

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ  
 SOCIALE

N° de Sécurité Sociale : .....

#### 4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
 .....