

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM..... Prénom .....

Date de naissance.....

Nom de l'assuré..... N° sécurité sociale.....

Adresse de l'enfant.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant

### VACCINATIONS

A remplir avec les dates ou joindre la photocopie de la page de vaccination du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou tétracoq		Autres (précisez)	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre le 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 (à cocher)

	Oui	Non		Oui	non
Rubéole			scarlatine		
Varicelle			Coqueluche		
Angine			rougeole		
Otite			Autre (préciser) :		
Rhumatisme articulaire aigu					
oreillons					

L'enfant a-t-il fait l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire : oui ( ) non ( )

**ALLERGIE**

Asthme                                    oui ( )                    non ( )

Allergies alimentaires            oui ( )                    non ( ) Allergies médicamenteuses    oui ( )                    non ( )

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) et joindre un certificat médical

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

Autre(s).....

Indiquez ci-après les difficultés de santé et accidents qu'a connus votre enfant ( 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.....

.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Je soussigné(e) Nom.....prénom.....

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

Date

signature