

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
----------------------------

**L'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**L'assuré :**

Nom : \_\_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**Le médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**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 médicaux 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