

COMPLETER ET MODIFIER EN ROUGE

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT INSCRIT:

NOM – PRENOM :

né(e) le : _____ à : _____

MEDECIN TRAITANT :

Docteur

Adresse :

Tél cabinet :

DIFFICULTEES MEDICALES CONNUES DE NOS SERVICES:

Indiquez les difficultés de santé non connues par nos services (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, troubles du sommeil, énurésie, lunettes...) en précisant les dates et précaution à prendre :

L'enfant suit il un traitement médical ? oui non

Si oui , précisez : _____

Un PAI est il mis en place à l'école ? oui non

Merci d'en faire une copie et le joindre au dossier

ALLERGIES OU DISPOSITIONS

Asthme : oui non

Conduite à tenir : _____

Médicamenteuses : oui non

Conduite à tenir : _____

Alimentaires : oui non

Conduite à tenir : _____

Autres allergies , régime alimentaire (précisez) : oui non

Conduite à tenir : _____

SOULIGNEZ les maladies que votre enfant a déjà eu dans la liste ci dessous:

Rubéole Coqueluche Varicelle Otite Angine Rougeole Rhumatisme Articulaire Aigu Oreillons Scarlatine

VACCINS ET DATE DU DERNIER RAPPEL

Se référer au carnet de santé . Joindre un certificat de contre indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Si vous ne remplissez pas sur cette fiche, il est obligatoire de fournir une copie du carnet de vaccination.

Obligatoire-DTP: _____ Hépatite B : _____ BCG : _____

Coqueluche : _____ ROR : _____ Méningocoque C : _____

Autres (précisez) : _____

Je soussigné TEST Jean Marc et TEST Sophie responsables légaux de l'enfant déclarent exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires en cas d'urgence en lien avec les services médicaux.

Les responsables feront le maximum pour prévenir la famille avant une hospitalisation ou une intervention qui s'avérerait indispensable.

Date et signature :