

## Fiche sanitaire de liaison par L'ENFANT CONCERNÉ

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Garçon       Fille

### Vaccinations

**Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTca polio				L'haemophilus B	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Méningocoques C	
				Grippe	
				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 médicaux concernant l'enfant

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.**

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

RUBÉOLE 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 ARTICULAIRE AIGÛ 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 :** Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

- Asthme .....
- Médicamenteuses .....
- Alimentaires .....
- Autres .....

**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...Précisez.

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

 **Responsable (s) de l'enfant.**

Nom .....Prénom.....

Adresse .....

Téléphone du domicile .....Téléphone du bureau :

Père .....  Mère .....  Tuteur.....

Téléphone portable :

Père .....  Mère .....  Tuteur.....

 **Médecin traitant.**

Nom.....

Adresse.....

Téléphone.....

**Je (Nous) soussigné(s),.....responsable(s) légal (légaux) de l'enfant, déclare (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise (ons) le Maire délégué de Liré, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

A..... le.....

Signature :

Père

Mère

Tuteur