FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2015 /2016

1- ENFANT

NOM :				Date de Naissance :	
Prénom :				Sexe*: Garçon Fille	
2 - VACCINATIONS (S	se référe	er au ca	rnet de santé ou aux certif	icats de vaccinations de l'enfant).	
VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	S VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
3 - RENSEIGNEMENTSi L'enfant su	aucune or Sime of the second s	contre-in	ndication) CONCERNANT L'ENFAN t médical au moment de	— e l'accueil, joindre l' ordonnance e	t les médicaments
de l'enfant)	·			mballage d ['] origine avec la notice	marquées au nom
• L'entant a-t-II	<u>aeja eu</u>	ies ma	ladies suivantes* ?		
Rubéole Coqueluche Varicelle			Angine	Rhumatisme articulaire aigu Oreillons Scarlatine	
• <u>Allergies</u> *:	Asthme	Э	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres
Précisez la cause de l'a	allergie e	et la cor	nduite à tenir (si automédic	cation, le signaler)	
Indiquez ci-après les d en précisant les dates e	et les pr	écautior	ns à prendre.	ses convulsives, hospitalisation, opé	ŕ
4 – RECOMMANDATIO	ONS UT	ILES D	<u>ES PARENTS</u>		
				entaires, souffre t-il du mal des tra	-
5 -RESPONSABLE DE	L'ENF	ANT			
				ADRESSE	
Tél. fixe (et portable) de	u domici	le :		du bureau	
sur cette fiche et auto	rise le	respons		pal de l'enfant, déclare exacts les rer e, le cas échéant, toutes mesures ar l'état de l'enfant.	

DATE ET SIGNATURE