

# Fiche sanitaire de liaison

## ENFANT

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Garçon

Fille

photo

# 3A

### Informations médicales

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
DT Polio			
Tétracoq			
BCG			

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

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.

### Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

- Scarlatine       Otite       Rougeole       Rubéole       Angine       Rhumatismes  
 Oreillons       Coqueluche       Varicelle       Autres maladies

### L'enfant est-il allergique ?

- Alimentaires       Médicamenteuses       Asthme       Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

### Protocole de prise en charge médicalisé

Oui       Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical :

Oui       Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical :

Oui       Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). En précisant les dates et les précautions à prendre.

### Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ?

Oui       Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

### Précautions à prendre pour certaines activités physiques et renseignements

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) \_\_\_\_\_

Antécédents particuliers : fracture, entorse, autres (précisez) : \_\_\_\_\_

L'enfant mouille-t-il son lit ?

Oui       Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Oui       Non

### Autorisation annuelle de prise en charge médicalisée et personnes à contacter

#### Responsable légal à contacter prioritairement :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Autres numéros : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_