

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 _____