



ANNEE SCOLAIRE

Fiche sanitaire de liaison

L'ENFANT

NOM : Prénom :
Date de naissance : garçon fille
Ecole : Niveau scolaire :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Mail :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(Si différente du représentant légal)

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? non oui : (précisez)

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 traitement ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses

Autres : (précisez).....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

VACCINS OBLIGATOIRE	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

MALADIES : L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes

Rhumatismes Varicelle Scarlatine Rougeole Angine

Coqueluche Otites Oreillons Rubéole

MEDECIN TRAITANT / HOSPITALISATION :

NOM :

Téléphone :

VILLE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire...

Précisez.....

Fait à La tranche sur mer, le

Signature,