



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /

VACCINATIONS

À cocher ou joindre photocopie de la page de vaccination du carnet de santé

① Vaccins obligatoires :

| | | | |
|--------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Diphtérie | Dernier rappel / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Tétanos | Dernier rappel / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Poliomyélite | Dernier rappel / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ou DT Polio | Dernier rappel / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ou Tétracoq | Dernier rappel / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

② Vaccins recommandés :

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| BCG | Date / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | Date / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Hépatite B | Date / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Oreillons Rougeole Rubéole | Date / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser) | Date / / | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée : OUI NON

Si oui, lequel :
.....

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

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Angine | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Otite | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme articulaire aigu | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| Rougeole | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Rubéole | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Varicelle | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire

OUI

NON

ALLERGIES

| | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Alimentaire | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Médicamenteuse | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

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

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

Indiquer 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, etc... précisez :

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

Nom du médecin traitant :

 :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

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

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné (e) Nom : Prénom :

Adresse :  :

- déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche
- autorise la commune de Sermaise à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.
- m'engage à informer le secrétariat de la Mairie de toute évolution de l'état de santé de mon enfant intervenant en cours d'année scolaire.

Date :

Signature