

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2024/2025

1/ L'ENFANT :

Nom : Prénom : Date de naissance :

2/ VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
B.C.G.					

3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical à l'année : () oui () non

Si oui lequel :

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

() rubéole () varicelle () Angine () scarlatine () coqueluche
() otite () rougeole () oreillons () rhumatisme articulaire aigu

Allergies : () asthmes

() médicamenteuses , si oui préciser :

() alimentaires, si oui préciser :

() autres :

Précisez la conduite à tenir :

4/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

votre enfant porte-t-il : () des lentilles () des lunettes () des prothèses auditives
() des prothèses ou appareil dentaire

autres recommandations:.....

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom du responsable légal (pour les mineurs) :

Adresse :

Téléphone : domicile :

portable :

travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :