



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**1 – VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétra coq				Autres (préciser)	

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES**    ASTHME      Oui  Non

MEDICAMENTEUSES      Oui  Non

ALIMENTAIRES      Oui  Non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

.....  
 .....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    Oui  Non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
 .....

MERCI D'INDIQUER LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
 .....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

<b>Nom &amp; Prénom</b>		
<b>Lien avec l'enfant</b>		
<b>Téléphone domicile</b>		
<b>Téléphone Travail</b>		
<b>Portable</b>		

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 :