

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 – 2021**

ENFANT : .....

MEDECIN TRAITANT : ..... N° tel : .....

Adresse : .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

VACCINS	Date du dernier rappel	VACCINS	Date du dernier rappel
Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR)		Méningite	
Diphtérie – tétanos – Coqueluche (Dcat)		Neisvac	
Pneumocoque		BCG	
Poliomyélite		Varicelle	
Hépatite B		Tétracoque	

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE DATEE ET SIGNEE DU MEDECIN**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole	Rougeole	Coqueluche	Varicelle	Oreillons	Otite	Angine	Scarlatine	RHUMATISME ARTICULAIRE
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	ASTHME
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

---



---



---

Restrictions alimentaires (sans porc, végétarien, PAI...) : .....

Les difficultés de santé, recommandations utiles des parents (lunettes, appareil, opération, hospitalisation...) :

---



---



---

Signature :