

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

JEUNES

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de l'année.*

## 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

	VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
6 ans	Diphtérie				Hépatite B	
	Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
	Poliomyélite				Coqueluche	
	<b>Ou</b> DT polio				BCG	
	<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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

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

## 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

**Aucun médicament ne pourra être administré.**

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

---



---



---

#### 4 - Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... Précisez.

---

---

---

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non  oui

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Autres : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

#### Médecin traitant :

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

#### Personnes habilités à venir chercher l'enfant

Je soussigné(e) M. Nom ..... Prénom .....

responsable de l'enfant Nom ..... Prénom .....

autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

**\*Parents numéro 2.....Nom.....Prénom.....**

\*Nom ..... Prénom ..... Tél ..... lien parenté .....

Date:

Signature: