

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

2- VACCINATION

Je joins obligatoirement :

- La photocopie du carnet de vaccination de l'enfant
Ou
 Une attestation de vaccination de l'enfant rédigée par son médecin

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI : Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Médicamenteuses Alimentaires Non

Préciser la cause de l'allergie : _____

Votre enfant a-t-il un traitement médical en cours ? _____

INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4- 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 : Et son N° de téléphone :

5- REGIME ALIMENTAIRE

Repas complet

Repas sans viande

Repas sans porc

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »