

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MAISON DE L'ENFANCE -LA CHAPELLE DES MARAIS-

### 3. ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 4. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). REPLIR CE TABLEAU ET PHOTOCOPIER LE CARNET DE SANTE

Vaccins	oui	non	Dates des derniers rappels
BCG			
ROR			
DT polio			

### 5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non  
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

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

**ALLERGIES :** Asthme oui  non   
Alimentaires oui  non   
Médicamenteuses oui  non   
Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir  
.....  
.....  
.....

**Merci de remplir ce document recto/verso (1 exemplaire pour la maison de l'enfance et 1 exemplaire dans l'école de votre enfant)**

### Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates et les précautions à prendre.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 1. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
.....  
.....  
.....

### 2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : .....Prénom : .....

Adresse :  
.....  
.....

Numéro SECURITÉ SOCIALE : .....

Téléphone domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Téléphone travail: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nom du médecin traitant : .....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

Date : .....

Signature :