

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MAISON DE L'ENFANCE -LA CHAPELLE DES MARAIS-

L'ESP'ADO

1. ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

REmplir ce tableau et photocopier le carnet de santé

Vaccins	oui	non	Dates des derniers rappels
BCG			
ROR			
DT polio			

3. 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 ?

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

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

