

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – LE JEUNE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT !

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|-------------------------|-----|-----|-------------------------------|---------------------|-------|
| | Oui | Non | | | |
| Diphtérie | | | | | |
| Tétanos | | | | | |
| Poliomyélite | | | | | |
| Ou DT polio | | | | | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI LE JEUNE 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'ADOLESCENT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | 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"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | 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"/> | 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 A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE** :

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, etc..

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (Facultatif)

***Je soussigné,, responsable,
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.***

Date :

Signature :