

Fiche Sanitaire de Liaison

Année 2011-2012

ECOLE :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole	OUI		Varicelle	OUI		Angine	OUI	
	NON			NON			NON	
Scarlatine	OUI		Coqueluche	OUI		Otite	OUI	
	NON			NON			NON	
Oreillons	OUI		Rhumatisme Articulaire Aigu	OUI		Rougeole	OUI	
	NON			NON			NON	

L'enfant a-t-il des allergies :

ASTHME	OUI		MEDICAMENTEUSE	OUI		ALIMENTAIRES	OUI	
	NON			NON			NON	
AUTRES	OUI		Précisez :					
	NON							

A-t-il un traitement en cas de crise d'asthme, lequel ?

.....

Si votre enfant a une allergie alimentaire, à quels aliments est-il allergique ?

.....

.....

.....

Tournez la page SVP

