

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

NOM : PRENOM :

DATE NAISSANCE :/...../..... GARCON FILLE CLASSE.....

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES NON OBLIGATOIRES	DATES
DTP : Tétanos, Poliomyélite				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				Pneumocoque	
				La méningocoque C	
				L'Haemophilus B	

Autre préciser :

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

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Traitements médicaux : OUI NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine (avec le nom de votre enfant inscrit sur la boîte).

Aucun médicament ne pourra être pris sans une ordonnance.

P.A.I : OUI (*Joindre le protocole et toutes les informations utiles.*) NON

Allergies :

ASTHME	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON
MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	OUI	NON

Si oui précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

.....

Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui demande la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté) ? OUI NON

Si oui, merci d'indiquer les précautions à prendre et les éventuels soins à apporter :

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS:

(Ports des lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne.) :

.....

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

TÉL. FIXE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ TÉL PORTABLE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ TÉL TRAVAIL : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : (OBLIGATOIRE)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et m'engage à informer la Ville de tout changement de renseignements ou de situation familiale.

Signature des responsables légaux :

Lu et approuvé, le ____ / ____ / 20__