

ENFANT**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou faire une photocopie du carnet de santé de l'enfant si pas déjà fournie).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DTP				Méningocoque de sérogroupe C	
Coqueluche				Rubéole Oreillons Rougeole	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b				Autres (préciser)	
Hépatite B					
Infections invasives à pneumocoque				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical quotidien** ? 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 un **PAI** ?

oui non si oui, le PAI doit obligatoirement nous être fourni.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)
