

**Ecole :** .....

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

VACCINS OBLIGATOIRES depuis 2018	oui	non	DATES des derniers RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES des derniers RAPPELS
Hépatite B				Diphtérie	
Rubéole-Oreillons-Rougeole				Tétanos	
Coqueluche				Poliomyélite	
Méningocoque C/ pneumocoque					
Haemophilus influenzae B					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ?    oui  non

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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       MEDICAMENTEUSES                    oui  non   
                          ALIMENTAIRES            oui  non       AUTRES .....

Si oui, vous devez établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Crises, convulsions, autres : .....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. : .....

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

Tél. Domicile : ...../..... Bureau : .....

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**Date :**

**Signature :**