

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fille /  Garçon

## Informations médicales

Vaccin obligatoire	Oui	Non	Date du dernier rappel
DTP			/ / 20

(Se référer au carnet de vaccination de l'enfant)

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

- Scarlatine       Otite       Rougeole       Rubéole       Autres maladies  
 Oreillons       Coqueluche       Varicelle       Rhumatisme

L'enfant est-il allergique ?

- Alimentaires       Asthme       Médicamenteuses       Autres

Préciser la cause l'allergie :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Protocole de prise en charge médicalisé :  Oui  Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical ou non :  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Indiquez ci-après les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). En veillant à préciser les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Précautions à prendre pour les activités physiques et renseignements

Appareillage : port de lunette, lentilles de contact, appareil dentaire, semelle orthopédique, autres (préciser) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Non / S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  Oui  Non

## Autorisation annuelle de prise en charge médicalisée et personnes à contacter

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : 0 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature :

\_\_\_\_\_