


FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : 	Prénom de l'enfant : Date de naissance :/...../..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nom et prénom des parents : Tèl 1 : Tèl 2 :
--	---

1 - NOM DU MEDECIN TRAITANT 

2 - VACCINATIONS (OBLIGATOIRES) - (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018

et les 11 vaccins pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018

	A jour			A jour	
	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Diphtérie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Tétanos	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Poliomyélite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole oreillons rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ou DT Polio	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
OU Tétracoq	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Méningocoque c	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres vaccins :			Pneumocoque	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

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

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

Votre enfant est allergique ? oui non - Si oui, fournir un certificat d'allergologue.

Préciser l'allergie : - médicamenteuse - alimentaire - asthme - autres

Cause de l'allergie :

→ Votre enfant bénéficie d'un **Protocole d'Accueil Individualisé** ? merci de le transmettre lors du dépôt du DUI.

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière :

- maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes **lentilles de contact** **appareil dentaire** **autre**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

4- Je soussigné, **responsable légal de l'enfant,**
déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature obligatoire :

Date :