


## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

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

**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"/> |
| <b>Diphtérie</b>    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Haemophilus influenzae B   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <b>Tétanos</b>      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Hépatite B                 | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <b>Poliomyélite</b> | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Rougeole oreillons rubéole | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <b>Ou DT Polio</b>  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Coqueluche                 | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <b>OU Tétracoq</b>  | 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<br>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 :**