



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né (e) \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

Vaccins obligatoires (né 1/01/2018)	Oui	Non	Dates	Vaccins recommandés	
DTP (Diphtérie, tétanos, poliomyélite)				BCG	
ROR (rubéole, oreillons, rougeole)				Papillomavirus humain (fille)	
Coqueluche				Grippe saisonnière	
Hépatite B				Autres	
Méningocoque C					
HiB (La méningite à <i>Haemophilus influenzae b</i> )					
Pneumocoque					

### MALADIES INFANTILES

Rubéole		Varicelle		Scarlatine		Coqueluche		Rougeole		Oreillons	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (attention sauf le vaccin antitétanique)

### ALLERGIES

	Préciser la cause/aliment et le protocole/ la conduite à suivre										
Asthme											
Oui		Non									
Alimentaire											
Oui		Non									
Médicamenteuse											
Oui		Non									
AUTRES											

### AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- ❖ L'enfant suit-il un traitement médical? Oui ou Non

Si oui : **obligation** de fournir l'ordonnance récente et médicaments dans les boîtes d'origine (avec notice) au nom de l'enfant

- ❖ L'enfant présente-t-il des difficultés de santé nécessitant la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE DU MINEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

Hôpital souhaité : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_