



Fiche Sanitaire de Liaison

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Fille Garçon



Cette fiche permet de recueillir des informations sanitaires utiles pour l'accueil de votre enfant. Cette fiche est à remettre au directeur du centre Prémonval.

1-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants avec leurs emballages d'origine et leurs notices.

L'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"/>	Rhumatisme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche 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"/>	
<u>ALLERGIES</u>	Asthme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Alimentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Médicaments OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres :

