

# Fiche sanitaire de liaison de l'enfant

Indique un champ requis

## Enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

## Sexe

- Garçon  
 Fille

## Vaccinations

### Vaccins

#### obligatoires

- Diphtérie  
 Tétanos  
 Poliomyélite  
 DT polio  
 Tétracoq  
 BCG

#### Date des derniers rappels

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

DT polio

Tétracoq

BCG

### Vaccins

#### recommandés

- Hépatite B  
 Rubéole-Oreillons-Rougeole  
 Coqueluche  
 Autre...

#### Dates vaccins

Hépatite B

Rubéole-Oreillons-Rougeole

Coqueluche

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

### Médecin traitant

Nom medecin

Téléphone medecin

### L'enfant suit-il un traitement médical

?

- Oui
- Non

### L'enfant a-t-il un PAI

?

- Oui
- Non

Préciser le PAI

Joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans

leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Ordonnance et document(s) complémentaire(s)

No file selected

Un nombre illimité de fichiers peuvent être transférés dans ce champ.

Limité à 30 Mo.

Types autorisés : pdf, doc, docx, odt, jpeg, png, jpg.

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes

?

#### Rubéole

- Oui
- Non

#### Varicelle

- Oui
- Non

#### Angine

- Oui
- Non

#### Rhumathisme articulaire aigu

- Oui
- Non

#### Scarlatine

- Oui
- Non

#### Coqueluche

- Oui
- Non

#### Otite

- Oui
- Non

#### Rougeole

- Oui

Non

**Oreillons**

Oui  
 Non

**Des**

**allergies**

**Asthme**

Oui  
 Non

**Alimentaires**

Oui  
 Non

**Médicamenteuses**

Oui  
 Non

**Autre**

Oui  
 Non

Précisez l'allergie

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre

**Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation**

**Recommandation utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

**Responsables de l'enfant**

**Représentant légal 1**

Nom 1

Prénom 1   
Adresse 1   
Complément d'adresse 1   
Code postal 1   
Ville 1   
Téléphone fixe 1   
Téléphone portable 1   
Courriel 1

### **Représentant légal 2**

Nom 2   
Prénom 2   
Adresse 2   
Complément d'adresse 2   
Code postal 2   
Ville   
Téléphone fixe 2   
Téléphone portable 2   
Courriel 2

J'accepte les conditions générales d'utilisation du service

[Consulter](#)