

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Document confidentiel*

Nom : .....Prénom : .....  
Date de naissance : ..... O Fille O Garçon

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
DT polio			
Tétracoq			
BCG			

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical durant l'activité ? O OUI O NON

Si oui, lequel : .....

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

Rubéole : O OUI O NON	Varicelle : O OUI O NON	Otite : O OUI O NON
Angine : O OUI O NON	Oreillons : O OUI O NON	Rougeole : O OUI O NON
Coqueluche : O OUI O NON	Scarlatine : O OUI O NON	Rhumatisme : O OUI O NON

### Allergies :

Asthme : O OUI O NON	Alimentaires : O OUI O NON
Médicamenteuses : O OUI O NON	Autres :

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents.** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

.....  
.....

N° de Sécurité Sociale : .....

Personne à contacter en cas de problème médical (parents/responsable de l'enfant)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone (domicile/portable/professionnel) : .....

**Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant  
.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le  
responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux,  
hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date : .....

Signature : .....