

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
MAISON DE L'ENFANCE -LA CHAPELLE DES MARAIS-**

**ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

**REPLIR CE TABLEAU ET PHOTOCOPIER LE CARNET DE SANTE**

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatites B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION ;

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

Si oui, 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.***

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

RUBEOLE 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 ARTICULAIRE AIGU 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"/>	

**ALLERGIES :**

Asthme  oui  non

Alimentaires  oui  non

Médicamenteuses  oui  non

Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (en cas de traitement à administrer merci de prévenir le responsable de l'accueil afin d'établir un PAI)

.....  
.....  
.....

**Indiquez ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates et les précautions à prendre.**

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....  
.....

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

.....  
.....

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nous soussignés .....,  
responsables légaux de l'enfant, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....Signature : .....