

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SÉJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I ENFANT : NOM : _____ PRÉNOM : _____

SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE ____/____/____

II VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificat de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTE´RIQUE – ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Préciser s'il s'agit : - du DT Polio - du DT coq - du Tétracoq - d'une prise polio RAPPELS	VACCINS PRATIQUES		DATES		
			/	/	
			/	/	
			/	/	
			/	/	
			/	/	
MONOTEST			/	/	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES		DATES
1 ^{ER} VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ
POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT-A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTS :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTE EN PRÉCISANT LES DATES :

Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations

	/ /
	/ /
	/ /

