

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant : Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom :	Marche acquise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date de naissance :	

Vaccinations : (Fournir le carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	DATE	VACCINS	DATE
DIPHTERIE (Infanrix)		PNEUMOCOQUE (Prévenar)	
TETANOS (Infanrix)		MENINGOCOQUE C (Neisvac ou Méningitec)	
POLIOMYELITE (Infanrix)		ROUGEOLE (Priorix ou MMR)	
COQUELUCHE (Infanrix)		OREILLONS (Priorix ou MMR)	
HAEMOPHILUS B (Infanrix)		RUBEOLE (Priorix ou MMR)	
HEPATITE B (Infanrix Hexa)		AUTRES (précisez)	
BCG			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un **traitement médical** : oui non

Si oui, nous contacter pour l'administration du traitement (joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine avec la notice, marqué au nom de l'enfant).

Allergies connues : oui non Si oui, lesquelles :

Allergie alimentaire : oui non Si oui, lesquelles :

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si PAI, nous contacter) :

Aucun médicament ne sera accepté sans ordonnance valide.

Indiquez les **difficultés de santé** de l'enfant (asthme, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducations...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Responsable légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Tel portable :

Nom et n° de téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice du multi-accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à, le :/...../.....

Signatures (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Père :

Mère :