



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

VACCINATION :

> fournir une copie du carnet de vaccination

si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, vous devez fournir un certificat de contre-indication.

MALADIES CHRONIQUES :

- Asthme Allergies médicamenteuses Allergies alimentaires
 Autre(s) : _____

Précisez la conduite à tenir. En cas d'automédication, merci de le signaler :

TRAITEMENTS MEDICAUX CHRONIQUES :

En cas de traitement médical chronique, joindre une ordonnance récente.

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

- Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons Otite

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

MEDECIN TRAITANT :

Docteur _____ exerçant à _____. Tél :

URGENCES : personnes autorisées à venir chercher l'enfant (grands-parents, voisins...)

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Je, soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Lanvaudan, le

Signature :