

En cas d'incident, précisez l'établissement médical dans lequel vous désirez conduire votre enfant, (dans la mesure du possible)

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 1/2**

Nom de l'enfant..... Prénom.....

Date et lieu de naissance.....

1/VACCINATIONS : (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de l'enfant)  
Antipoliomyélitique – Antidiphthérique – Anticoquelucheuse – Antitétanique

	VACCINS PRATIQUES	DATES
<i>Précisez s'il s'agit :</i> Du DT Polio Du DT Coq Du Tétracoq D'une crise de Polio		
Antituberculose BCG	Antivariolique	Autres Vaccins
1 <sup>er</sup> Vaccin Revaccination Date Date	Vaccin 1 <sup>er</sup> Rappel Date Date	Vaccin Pratiqués Date Date

L'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

	NATURE	DATES
Injection de Sérum		

2/RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole		Varicelle		Angines		Rhumatisme		Scarlatine	
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Date.....

Pourquoi ?.....

Où ?.....

L'enfant a-t-il déjà suivi un traitement de longue durée ?

Lequel ?.....

Quand ?.....

Pourquoi ?.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2/2

Indiquez si l'enfant a d'autres problèmes de santé

.....  
 Problèmes ORL            OUI                    NON  
 Crises Convulsives      OUI                    NON  
 Diabète                    OUI                    NON

L'enfant est t-il allergique à certains aliments ?            OUI            NON  
 Lesquelles ?.....

.....  
 L'enfant est t-il allergique à certains médicaments ?    OUI            NON  
 Lesquelles ?.....

.....  
 Responsables de l'enfant

Nom .....Prénom.....  
 Adresse.....

.....  
 N° de Sécurité Sociale.....Centre de Paiement.....

Date

Signature