

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

NE PAS REMPLIR LE TABLEAU SI VOUS FAITES LA PHOTOCOPIE DES VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT polio						Autres (préciser)	
Ou Tétracoq							
BCG							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<p>RUBÉOLE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>VARICELLE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>ANGINE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>SCARLATINE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON	
OUI		NON																						
OUI		NON																						
OUI		NON																						
OUI		NON																						
OUI		NON																						
<p>COQUELUCHE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>OTITE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>ROUGEOLE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON		<p>OREILLONS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td></td> <td>NON</td> <td></td> </tr> </table>	OUI		NON						
OUI		NON																						
OUI		NON																						
OUI		NON																						
OUI		NON																						

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON
 MEDICAMENTEUSES OUI NON AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'Association PAPI à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Association Plaine d'Aunis Pleine de Jeunes
2 ZI des Grands Champs
17 290 Aigrefeuille d'Aunis
☎05.46.01.97.69
papj.jeunesse@hotmail.fr

OBSERVATIONS

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