

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche doit être remplie à l'aide du Carnet de santé de l'enfant.

NOM Prénom Date de naissance

VACCINATIONS

ANTIPOLIO - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUX

(préciser s'il s'agit du DT polio, du DT coq, du Tétracoq, d'une prise polio)

Vaccins pratiqués	Dates	Rappels

B.C.G.	Dates	
ANTIVARIOLIQUE	Dates	

AUTRES VACCINS :

Nature	Dates

INJECTIONS DE SERUM :

Nature	Dates

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)

Rubéole Varicelle Angines Scarlatine
Coqueluche Rougeole Oreillons Asthme

INDIQUER ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

Nature	Dates

TRAITEMENT EN COURS

En cas de traitement, préciser lequel. Joindre une copie de l'ordonnance du médecin.

Je soussignés, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable du séjour à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

DATE :SIGNATURE

Nom du médecin traitant

