

## Fiche sanitaire de liaison

**Année scolaire 2017-2018**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

### Vaccinations :

*Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, un certificat médical de contre-indication doit être joint.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### Renseignements médicaux :

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

Si oui, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice) doivent être transmis.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

L'enfant souffre-t-il d'allergie(s) ?

Asthme	Médicamenteuse	Alimentaire	Animaux	Autre*
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

\*préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire particulier, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être effectué. Merci de vous adresser au service scolaire.

Merci d'indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre)

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

Merci d'indiquer les recommandations utiles (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaires, etc.).

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

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

Fait le :

Signature :