

REVISION DU DOSSIER

Date et visa : ..... Date et visa : .....

Date et visa : ..... Date et visa : .....

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Etablissement : .....

Classe en 2018-19 : .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant tout le temps de prise en charge de votre enfant lors de sa scolarisation et des diverses activités menées.

<b>I. ENFANT</b>		NOM :		PRÉNOM :					
		SEXE :	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE :				
<b>II. VACCINATIONS</b>		<i>Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).</i>							
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPH TÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE									
<i>Précisez s'il s'agit :</i> du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B		VACCINS PRATIQUÉS		DATES					
				/ /					
				/ /					
				/ /					
						/ /			
RAPPELS				/ /					
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS					
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES				
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /				
	/ /		/ /		/ /				
SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,									
POURQUOI ?									
INJECTIONS DE SÉRUM		NATURE		DATES					
				/ /					
				/ /					
<b>III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</b>									
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :									
RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :				
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations...)				
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
<b>IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :</b>				
ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?			NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
SI OUI, LEQUEL ?				
<b>Coordonnées et numéro de téléphone du médecin traitant :</b>				
<b>V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :</b>				
NOM :		PRÉNOMS :		
ADRESSE :				
N° DE	DOMICILE	PORTABLE DE : .....	PORTABLE DE : .....	LIEU(X) DE TRAVAIL :
TÉL.				
N° INSEE OU DE SECURITE SOCIALE				
ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :				
NOM DE L'ASSURANCE MUTUELLE SANTE :				
<p>Nous, soussigné(s), responsable(s) de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les directeurs/enseignants ou tout autre personnel responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</p>				
			DATE :	
			Signature(s) obligatoires(s) :	