FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I – ENFANT

NOM : **PRENOM :**
SEXE : Masculin ☒ Féminin ☒ **DATE DE NAISSANCE :**

II - VACCINATIONS

(A remplir à partir du carnet de vaccinations)

VACCINS PRATIQUES	*DATES*	*RAPPELS*
Précisez s'il s'agit :		
du DT Polio		
du DT Coq		
du Tétracoq		
D'une prise Polio		

ANTITUBERCULEUSE (B.C.G)	*ANTIVARIOLIQUE*	*AUTRES VACCINS*
DATES	DATES	DATES
1er vaccin	Vaccin	VACCINS PRATIQUES
Revaccination	1er rappel	

Si l'enfant n'est pas vacciné, précisez pourquoi ?

_____

_____

NATURE	*DATES*
INJECTION DE SERUM	

III– RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Rayer les maladies que l'enfant à déjà eu :

- Rubéole - Varicelle - Angine - Rhumatisme - Scarlatine

- Coqueluche - Otite - Asthme - Rougeole - Oreillons

Indiquez ici les autres difficultés de santé :
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations)

_____ Dates :
_____ Dates :
_____ Dates :

Groupe sanguin :

IV – RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

_____

_____

- Actuellement, l'enfant suit-t'il un traitement ? NON ☒ OUI ☒

- Si oui, lequel ? _____

V – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____
Domicile Bureau

N° de S.S : _____ **N° de Tél :** _____ _____

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE :

NOM : _____ **N° de Tél :** _____

Adresse du centre payeur : _____

_____

COORDONNEES PRECISES DU MEDECIN TRAITANT: _____

_____

Je soussigné _____ , responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre du Patrimoine à prendre toutes les mesures (Traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature :

OBSERVATIONS

Par le médecin ☒ (qui indiquera son nom, adresse et N° de téléphone)

Par le responsable du Centre du Patrimoine ☒

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____