

# FICHE SANITAIRE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

## DE LIAISON

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

**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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Suivez-vous un **traitement médical** ? oui  non

**Si oui** notifier le traitement en cours avec la posologie :

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

### AVEZ-VOUS DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non   
 ALIMENTAIRE oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 AUTRES \_\_\_\_\_

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

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

# FICHE SANITAIRE

## DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

 GARÇON       FILLE 

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ;  
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

**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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

 Suivez-vous un **traitement médical** ? oui       non 

 Si **oui** notifier le traitement en cours avec la posologie :

.....

.....

.....

### AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES** : ASTHME      oui  non 

 ALIMENTAIRE      oui  non 
**MÉDICAMENTEUSES** 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** (HANDICAP, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

PORTEZ-VOUS DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

---

**PERSONNE A PREVENIR (en cas d'urgence)**

NOM ..... PRÉNOM .....

LIEN AVEC CETTE PERSONNE : .....

ADRESSE.....

.....

TÉLÉPHONE : DOMICILE : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ BUREAU : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

PORTABLE N°1 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ PORTABLE N°2 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

N° SECURITE SOCIALE (OBLIGATOIRE) : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

---

**OBSERVATIONS**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

PORTEZ-VOUS DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

---

**PERSONNE A PREVENIR (en cas d'urgence)**

NOM ..... PRÉNOM .....

LIEN AVEC CETTE PERSONNE : .....

ADRESSE.....

.....

TÉLÉPHONE : DOMICILE : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ BUREAU : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

PORTABLE N°1 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ PORTABLE N°2 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

N° SECURITE SOCIALE (OBLIGATOIRE) : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

---

**OBSERVATIONS**

.....  
.....