

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Septembre 2024 à Août 2025

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

GARÇON

FILLE

VACCINATIONS

(Compléter et joindre copie du carnet de santé ou joindre les certificats de vaccinations de l'enfant, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de non contre-indication)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉ	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diphtérie	_____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tétanos	_____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Poliomyélite	_____
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ou DT Polio	_____
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ou Tétracoq	_____

BCG ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

L'enfant suit-il un traitement médical :

Oui

Non

Si oui joindre IMPÉRATIVEMENT le PAI établi par le médecin, l'ordonnance récente et les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant ainsi que la notice

MDP

maisondespetits@mairievlm.fr
07 72 11 47 73

MDP

maisondutoison@mairievlm.fr
07 72 11 42 06

CIMS

maisondutoison@mairievlm.fr
07 72 11 42 06

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE

- OUI
 NON

VARICELLE

- OUI
 NON

ANGINE

- OUI
 NON

RHUMATISME

- OUI
 NON

SCARLATINE

- OUI
 NON

ASTHME

- OUI
 NON

COQUELUCHE

- OUI
 NON

OTITE

- OUI
 NON

ROUGEOLE

- OUI
 NON

OREILLONS

- OUI
 NON

MÉDICAMENTEUSE

- OUI
 NON

ALIMENTAIRES

Sans porc

- OUI
 NON

Sans viande

- OUI
 NON

Végétariens

- OUI
 NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) NE PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc....)

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et Téléphone du médecin traitant : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Le responsable légal de l'enfant doit informer le responsable de la MDT de tous changements liés à la fiche sanitaire. La fiche sanitaire de liaison a une validité d'un an avec destructions des informations chaque année par nos soins.

Date : ___ / ___ / ___

Signature

MDP

maisondespetits@mairievlm.fr
07 72 11 47 73

MDP

maisondutoison@mairievlm.fr
07 72 11 42 06

CIMS

maisondutoison@mairievlm.fr
07 72 11 42 06