

Fiche Sanitaire de Liaison

Photocopie des Vaccins

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

ROUGEOLE	OUI	NON
RUBEOLE	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON
ANGINE	OUI	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON
SCARLATINE	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON
OTITE	OUI	NON
OREILLON	OUI	NON

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Si oui lesquelles ? Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Autre :

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

.....

.....

Votre enfant a-t-il déjà connu des difficultés de santé ? (Maladie, Accident, Hospitalisation, Opération, Rééducation) ? Oui Non

Si oui, merci de préciser les dates et les précautions à prendre ci-dessous :

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

Informations importantes

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Adresse/CP/Ville :

Téléphone :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Adresse/CP/Ville :

Téléphone Maison : Téléphone Portable :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse/CP/Ville :

Téléphone Maison : Téléphone Portable :

Lien de parenté :