

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ANNÉE 2025

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 SEXE : Garçon  Fille  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 NAGEUR : NON  OUI

II. VACCINATIONS (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)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE -ANTIDIPHTE'RIQUE -ANTITÉTANIQUE –ANTICOQUELUCHE

Préciser s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
- Du DT polio				/	/
- Du DT coq				/	/
- Du Tétracoq				/	/
- D'une prise polio				/	/
- Hépatite B				/	/
- RAPPELS				/	/
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
			Dates	Vaccins	Dates
1 <sup>er</sup> VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 <sup>er</sup> Rappel	/ /		/ /
	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <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)

	DATES
	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON  OUI   
 SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

