

Fiche médicale de liaison



Nom : Prénom :
Date de naissance.....Garçon ☐ Fille ☐

Vaccinations

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatites B	
Poliomyélite				ROR	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant.

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? non ☐ Si oui préciser

Allergies :

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non
Alimentaires : oui non si oui joindre un lettre détaillée (voir règlement intérieur)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto médication le signaler)

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

Votre enfant est-il sujet aux convulsions ? oui non

Groupe sanguin

Responsable de l'enfant :

Nom..... Prénom
Téléphone Portable pèremèreDomicile.....
Bureau.....
Adresse.....

Médecin traitant :

Nom Prénom..... Téléphone.....

Je soussigné(e),.....responsable légal(e) de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable éducatif à
prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature