

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / ___

Garçon

Fille

Espace Gard découvertes - 30430 MEJANNES LE CLAP - Tél. : 04 66 60 29 30 - Mail : contact@gard-decouvertes.fr

● RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**plaquettes de médicaments dans leurs boîtes d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

➤ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL 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 aigu 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"/>	

● REGIME PARTICULIER : Sans porc Végétarien

● ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSE oui non Si oui, préciser à quoi : _____

ALIMENTAIRE oui non Si oui, préciser à quoi : _____

● POUR LES ALLERGIES, PRECISER LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

● RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ...

PRECISEZ :

● S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? o OUI o NON

● RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE

TELEPHONE : domicile _____ bureau _____

Portable _____ autre _____

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : _____

Date : _____

Signature :