

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

ALLERGIES

ASTHME : OUI..... NON.....
ALIMENTAIRES : OUI..... NON.....
MEDICAMENTEUSE . OUI..... NON.....
SI OUI, Préciser la cause et la conduite à tenir :

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

DIFFICULTES DE SANTE

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

RECOMMANDATION DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives etc.....
.....
.....
.....

MEDECIN TRAITANT

NOM PRENOM ET TELEPHONE :

.....
.....

VACCINS

MON ENFANT EST IL A JOUR DE SES VACCINS :

OUI NON

Cochez la réponse appropriée

REGIME SOCIAL

N° DE SECURITE SOCIALE :

ALLOCAITAIRE :

CAF MSA AUTRE (à préciser)

Cochez la réponse appropriée

N° D'ALLOCAITAIRE :

NOM DE L'ALLOCAITAIRE.....