



LIAISON SANITAIRE

Vaccin obligatoire	Oui	Non	Dates des derniers rappels

**1- VACCINATIONS**

SI L'ENFANT N'A PAS RECU LES VACCINS OBLIGATOIRES, MERCI DE JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION.

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Votre enfant suit-il un traitement médical ?     Oui     Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments correspondants**

*AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE*

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaire aigu	Scarlatine															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non	
Oui	Non																		
Oui	Non																		
Oui	Non																		
Oui	Non																		
Oui	Non																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Oui</td> <td style="width: 33%;">Non</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Oui	Non		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 4em;">X</span> </div>			
Oui	Non																		
Oui	Non																		
Oui	Non																		
Oui	Non																		

3- **ALLERGIES :**    Asthme :  Oui     Non                      Médicamenteuse :  Oui     Non

Alimentaires :  Oui     Non                      Autres : .....

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

.....

.....

.....

.....

**4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires, ETC...

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... le .....

Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »