FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

| □ Oui □ Non □ Oui □ Non □ Oui □ Non □ aigu Oreillons Otite Rougeole Scarlatine | NOM: | | | PRE | PRENOM: | | |
|--|---|--|--|--|---|---|--|
| VACCINS VACINS VACINS VACINS OUI NON DATES DES DERNIERS RAPPELS VACINS RECOMMANDES DERNIERS RAPPELS Diphtérie Tétonos Tétono | Cette fiche permet de rec | cueillir des inform | ations util | es pendant les act | tivités organisées par le Service J | eunesse de Hoenheim. | |
| VACCINS VACINS VACINS VACINS OUI NON DATES DES DERRIES RAPPELS VACINS RECOMMANDES DERRIES RAPPELS Diphtérie Tétonos Pollomyélite DU DT Polio Autres (préciser) OU DT Polio Autres (préciser) OU DT Polio Autres (préciser) OU ET Polio OU ET Polio Autres (préciser) OU ET Polio OU ET Polio OU ET Polio OU ET POLION Autres (préciser) OU ET Polio OU ET POLION Autres (préciser) OU EN POLION AUTRES (prima préciser du nom de l'enfant) et une ordonnance récente précisant que la prise de ces médicaments ne présente pas de difficulté particulière et ne nécessite aucun apprentisage. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES : > ASTHME Oui Non > ALIMENTAIRES Oui Non > AUTRES (prima purise, pollen) Oui Non > AUTRES (prima purise, pollen) Oui Non Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler). L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubécie Varicelle Angine Caqueluche Rhumatisme articule aigui Non Oriellons Orie Rouge Scarlatine Oui Non Oriellons Orie Rouge Scarlatine Oui Non Oriellons Orie Rouge Scarlatine Oui Non Oriellons Oriel Non Oui Non Oui Non Oui Non Oriellons Oriel Rouge Précise Oui Non Oui Non Oui Non ORIEL PORTABLE DU MINEUR : DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL | ANNEE SCOLAIRE 2017 / | / 2018 | | · | | | |
| VACCINS OUI NON DATES DES PERNIERS VACCINS RECOMMANDES DATES Diphtérie Coqueluche Coqueluche Coqueluche Coqueluche Composition Coqueluche Coqu | , | | <i>گ</i> د د اد | :::::: | | | |
| VACCINS RECOMMANDES Diphtérie D | vaccinations (se re | terer au carnet | ae sante | | its de vaccinations) | | |
| Tétanos Hépatite B Polionyélite Rubéole-Oreillans-Rougeole OU DT Polio Autres (préciser) OU Tétracoq BCG | | OUI | NON | DERNIERS | VACCINS RECOMMANDE | S DATES | |
| Polionyélite | Diphtérie | | | - | Coqueluche | | |
| OU T'erracoq BCG OU T'erracoq BCG SILE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication. 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR : Suit-il un traitement médical ? | | | | | • | | |
| OU Tétracoq BCG SINDER UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antifétanque ne présente aucune contre-indication. 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR: Suit-il un traitement médical ? | | | | | | • | |
| SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS ÓBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antiféranique ne présente aucune contre-indication. 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR: Suit-il un traitement médical? Oui Non Si oui, joindre les médicaments dans leur emballage d'origine (marqué au nom de l'enfant) et une ordonnance récente précisant que la prise de ces médicaments ne présente pas de difficulté particulière et ne nécessite aucun apprentissage. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES: > ASTHME Oui Non > ALIMENTAIRES Oui Non > AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui Non > AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui Non > AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui Non Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (5i automédication le signaler). Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non C'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articule Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oreillons Otite Rougeole Scarlatine Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non - RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS : art de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : - RESPONSABLE DU MINEUR : OM : PRENOM : EL DOMICILE TEL TRAVAIL : PRENOM : | | | | | | | |
| Attention, le vaccin antifétanique ne présente aucune contre-indication. 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR: Suit-il un traitement médical ? | | 156) (A 66)) (6 0 | DUC ATO | NDEC IOINIDDE | II . | ON ITPE IN IDICATION I | |
| 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR: Suit-il un traitement médical | | | | • | UN CERTIFICAT MEDICAL DE CI | ONTRE-INDICATION. | |
| Suit-il un traitement médical ? | Attention, le vaccin antiférani | ique ne presente au | cune contre | e-indication. | | | |
| Suit-il un traitement médical ? | 2 – RENSEIGNEMENTS | CONCERNANT | Γ LE MINI | EUR: | | | |
| Si oui, joindre les médicaments dans leur emballage d'origine (marqué au nom de l'enfant) et une ordonnance récente précisant que la prise de ces médicaments ne présente pas de difficulté particulière et ne nécessite aucun apprentissage. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES: ASTHME | | | | | | | |
| Ecente précisant que la prise de ces médicaments ne présente pas de difficulté particulière et ne nécessite aucun apprentissage. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES: ASTHME | | | | · - | arqué au nom de l'enfant) et u | ne ordonnanc e | |
| L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES: ASTHME | | | | | | | |
| L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES: A ASTHME | • | - | | - | • | er ne necessiie | |
| > ASTHME | aocon apprennssage. | Aucun medicame | in he po | orra erre pris sai | is ordonnance. | | |
| > ASTHME | 'ENEANT A_T_II DE IA | EILLES ALLED | CIEC CIII | VANTES . | | | |
| ALIMENTAIRES | | CEO LES ALLER | | | | | |
| ➤ MEDICAMENTEUSES | | | _ | | | | |
| AUTRES (animaux, plantes, pollen) | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | CEC | | | | | |
| Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler). Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? | | | | | | | |
| Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? | • | x, plantes, polle | n) L | JOui LINon | | | |
| L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articular of le les les les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articular of les les les les les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articular of les | | | | | | | |
| L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articulare de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articulare de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : PRECOMMANDATION UTILES DES PARENTS : Ont de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : PRESPONSABLE DU MINEUR : ON : PRENOM : EL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Si oui, précisez la cause | e de l'allergie, le | es signes | | | lication le signaler). | |
| L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articulare de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articulare de l'enfant, difficulté de sommeil de l'enfant, difficulté | Le mineur présente-t-il u | un problème de | santé po | évocateurs et l | a conduite à tenir (Si automéd | mations médicales | |
| Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articular aigu Oui Non Oreillons Otite Rougeole Scarlatine Oui Non Oui | Le mineur présente-t-il ((informations sous pli ca | un problème de acheté), des préc | santé po | évocateurs et la articulier qui néc à prendre et de | a conduite à tenir (Si automéd cessite la transmission d'infor s éventuels soins à apporter ? | mations médicales □ Oui □ Non | |
| Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Rhumatisme articular aigu Oui Non Oreillons Otite Rougeole Scarlatine Oui Non Oui | Le mineur présente-t-il ((informations sous pli co | un problème de acheté), des préc | santé po | évocateurs et l articulier qui néc à prendre et de | a conduite à tenir (Si automéd cessite la transmission d'infor s éventuels soins à apporter ? | mations médicales □ Oui □ Non | |
| Oui Non Oui No | Le mineur présente-t-il ((informations sous pli ca | un problème de acheté), des préc | santé po cautions | évocateurs et l articulier qui néc à prendre et de | a conduite à tenir (Si automéd cessite la transmission d'infor s éventuels soins à apporter ? | mations médicales □ Oui □ Non | |
| Oreillons Otite Non Oui Non Ou | Le mineur présente-t-il ((informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le | un problème de acheté), des préc es maladies suiv | santé po cautions | évocateurs et l articulier qui néc à prendre et de | a conduite à tenir (Si automéd cessite la transmission d'infor s éventuels soins à apporter ? | mations médicales □ Oui □ Non | |
| Oui Non Oui Nor PRECOMMANDATION UTILES DES PARENTS : ort de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : - RESPONSABLE DU MINEUR : OM : PRENOM : EL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Le mineur présente-t-il ((informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le | un problème de acheté), des préc es maladies suiv | santé po cautions | évocateurs et l articulier qui néc à prendre et de | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche | mations médicales □ Oui □ Non | |
| — RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS : ort de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : — RESPONSABLE DU MINEUR : OM : PRENOM : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Le mineur présente-t-il u (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu la Rubéole | un problème de acheté), des préc es maladies suiv Varicelle | santé po cautions | évocateurs et la articulier qui néc à prendre et de | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche | mations médicales □ Oui □ Non Rhumatisme articulo | |
| — RESPONSABLE DU MINEUR : OM: PRENOM: TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Le mineur présente-t-il d (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu l Rubéole | un problème de acheté), des préc es maladies suiv Varicelle | santé po cautions | évocateurs et la articulier qui néc à prendre et des Angine | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales □ Oui □ Non Rhumatisme articulo | |
| — RESPONSABLE DU MINEUR : OM: PRENOM: TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Le mineur présente-t-il u (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Dui Non Oreillons | es maladies suiv Varicelle | santé po cautions cantes ? | Angine Oui Rougeolo | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales Oui Non Rhumatisme articula | |
| <u>– RESPONSABLE DU MINEUR :</u> OM : PRENOM : EL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Le mineur présente-t-il u (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Dui Non Oreillons | es maladies suiv Varicelle | santé po cautions cantes ? | Angine Oui Rougeolo | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales Oui Non Rhumatisme articula | |
| <u>– RESPONSABLE DU MINEUR :</u> OM : | Le mineur présente-t-il de l'enformations sous pli contractions sous pli contractions l'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Oui | es maladies suiv Varicelle Oui Otite Oui | santé po cautions cantes ? Non | Angine Rougeol | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales □ Oui □ Non Rhumatisme articula | |
| – RESPONSABLE DU MINEUR : OM : | Le mineur présente-t-il u (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Dui Non Oreillons Oui Non | es maladies suiv Varicelle Oui Otite NUTILES DES P | santé po cautions rantes ? Non | Angine Oui Rougeol Oui Oui Oui | cessite la transmission d'infores éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | Rhumatisme articula aigu | |
| OM : | Le mineur présente-t-il u (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Oui Non Oreillons Oui Non - RECOMMANDATION Ort de lunettes, de lentilles | es maladies suiv Varicelle Oui Otite Oui NUTILES DES P | santé po cautions cantes ? Non | Angine Rougeol Oui Oui Coulons Couditifs, comporter | cessite la transmission d'informe éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales Oui Non Rhumatisme articula aigu Oui Non meil, énurésie nocturne : | |
| OM : | Le mineur présente-t-il de (informations sous pli control de l'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Oui | es maladies suiv Varicelle Oui Oui Oui NUTILES DES P | santé po cautions cantes ? Non Non | Angine Coulous Coul | cessite la transmission d'infors éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | Rhumatisme articula aigu Oui Non Rhumatisme articula aigu Oui Non | |
| OM : | Le mineur présente-t-il de (informations sous pli control de l'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Oui | es maladies suiv Varicelle Oui Oui Oui NUTILES DES P | santé po cautions cantes ? Non Non | Angine Coulous Coul | cessite la transmission d'infors éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | Rhumatisme articula aigu Oui Non Rhumatisme articula aigu Oui Non | |
| EL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE | Le mineur présente-t-il de l'informations sous pli contractions sous pli contractions and l'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole | es maladies suiv Varicelle Otite Oui NUTILES DES P | santé po cautions cantes ? Non Non | Angine Coulous Coul | cessite la transmission d'infors éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales Oui Non Rhumatisme articula aigu Oui Non meil, énurésie nocturne : | |
| | Le mineur présente-t-il de l'informations sous pli considerations sous pli considerations de l'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole | es maladies suiv Varicelle Oui Otite Oui NUTILES DES P | santé po cautions cantes ? Non Non | Angine Rougeol Oui | cessite la transmission d'informes éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | Rhumatisme articula aigu Oui Non Rhumatisme articula aigu Oui Non meil, énurésie nocturne : | |
| | Le mineur présente-t-il u (informations sous pli co L'enfant a-t-il déjà eu le Rubéole Dui Non Oreillons Oui Non - RECOMMANDATIOI ort de lunettes, de lentilles - RESPONSABLE DU MOM | es maladies suiv Varicelle Oui Otite Oui NUTILES DES P. G'appareils den | santé po cautions rantes ? Non Non | Angine Oui Rougeol Oui PRENC | cessite la transmission d'infors éventuels soins à apporter ? Coqueluche Non | mations médicales Oui Non Rhumatisme articula aigu Oui Non meil, énurésie nocturne : | |

DATE:

intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.