



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Argent de Poche



NOM : ..... PRENOM : .....  
 Date de naissance : ..... Sexe : .....

Médecin traitant : NOM ..... VILLE ..... 

### VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole OUI NON	Varicelle OUI NON	Angine OUI NON	Rhumatisme articulaire aigu OUI NON	Scarlatine OUI NON
Coqueluche OUI NON	Otite OUI NON	Rougeole OUI NON	Oreillons OUI NON	

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....  
 .....

### ALLERGIES

Asthme	OUI	NON	Médicamenteuse	OUI	NON
Alimentaires	OUI	NON	Autres	OUI	NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

.....  
 .....

**DIFFICULTES DE SANTE ET RECOMMANDATIONS UTILES** (accident, maladie, crise convulsive, hospitalisation, autres informations pouvant être importantes...), merci d'indiquer les précautions à prendre :

.....  
 .....

Je soussigné (e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à signaler toutes modifications.**

À CHAUVÉ, le .....

Signature du représentant légal  
 (Précédée de la mention lu et approuvé)