

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- STAGIAIRE :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATES ET LIEU DU STAGE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le stage.

**2- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du stagiaire).

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE

Le stagiaire suit-il un **traitement médical** pendant le stage ? oui  non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du stagiaire avec la notice**)

LE STAGIAIRE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES**

LE STAGIAIRE PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DU STAGIAIRE (pour les mineurs)**

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE STAGE) .....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (Facultatif) .....

*Je soussigné, .....responsable légal du stagiaire, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.*

Date : Signature :