

FICHE SANITAIRE DE LIAISON **ADULTE**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.
Merci de **nous signaler en temps utile les modifications***

<p>NOM :</p> <p>(en lettres capitales)</p> <p>PRENOM :</p> <p>(en lettres capitales)</p> <p>DATE DE NAISSANCE : HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>POIDS (kg) :</p> <p>N° de sécurité sociale : GROUPE SANGUIN :</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> PHOTO </div>
--	---

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Merci de nous **signaler tout traitement médical, en joignant une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

• Avez-vous eu les maladies suivantes :

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

• Avez-vous des allergies :

	oui	non	Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et si automédication
Respiratoires			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

- **Indiquez les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

3 - RECOMMANDATIONS UTILES

Portez-vous des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez):

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TEL. Domicile :Port

Autre :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Date :

Signature :