

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MAJEUR

Cette fiche confidentielle permet de recueillir des informations utiles à votre santé. En cas de nécessité, ou d'évènement grave, elle sera remise aux services médicaux qui vous prendront en charge.



## IDENTITÉ :

Nom :  Homme  Femme  
Prénom :  Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf  
Date de naissance :    /    /                      Nombre d'enfants à charge :  
N° SS :    /    /    /    /    /    /    . Profession :

## VACCINATIONS :

	Dates des derniers rappels :	Dates des injections :
<input type="checkbox"/> Diphtérie	_____	<input type="checkbox"/> Hépatite B _____
<input type="checkbox"/> Tétanos	_____	<input type="checkbox"/> Rubéole - Oreillons - Rougeole _____
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	_____	<input type="checkbox"/> Coqueluche _____
<input type="checkbox"/> ou DT polio	_____	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____
<input type="checkbox"/> ou Tétracoq	_____	
<input type="checkbox"/> BCG	_____	

Vous pouvez aussi joindre une photocopie de votre carnet de santé.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Taille : .....cm                      Poids : ..... kg

Quel est votre groupe sanguin ?                       O    A    B    AB                       Rh-    Rh+

Suivez-vous un traitement régulier ?                       non    oui, (précisez) \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Rougeole	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Coqueluche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Oreillons	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Varicelle	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Scarlatine	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Otite	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Angine	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Asthme	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Allergies alimentaires  non  oui      Allergies médicamenteuses  non  oui

Autres (précisez) \_\_\_\_\_

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir. Signalez les automédications.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous eu des difficultés de santé particulières (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Précisez les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Portez-vous des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?  
(précisez) \_\_\_\_\_

---

**EN CAS D'URGENCE :**

Qui devons-nous prévenir ?

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone fixe :

e-mail :

Téléphone mobile :

Adresse :

Mon médecin traitant (nom et adresse) :

Mon téléphone fixe :

Mon e-mail :

Mon téléphone portable :

Mon adresse habituelle :

---

Je soussigné, (vos noms et prénoms)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Le cas échéant, j'autorise le responsable de mon groupe à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par mon état de santé.

Fait à Paris, le

Signature