



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**Le stagiaire :**  Femme  Homme Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

**I-VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui		Non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui		Non		Dates
Diptérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
Ou DT polio						Autres (préciser)					
Ou Tétracoq											
B.C. G											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où le stagiaire n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. **NOTA : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

### **II-RENSEIGNEMENT MEDICAUX :**

Le stagiaire doit-il suivre un **traitement médical** particulier ?  Oui  Non

Si oui, concernant les stagiaires mineurs, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom du stagiaire).

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Le stagiaire a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

Médicamenteuses	Alimentaires	Asthme	Autres
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

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

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

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

