



## FICHE DE LIAISON MEDICALE

confidentiel

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle N° SS : Adresse :	Né(e) le N° MUTUELLE : Adresse :	PHOTO
<b>PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>		
Mme BOUYSSOU : Directrice - 06 03 55 79 13	M CHALABI : Chef de Service Educatif - 06.76.02.98.77	

ETAT GENERAL				
Poids kg	Taille m	TA		VACCINS
<input type="checkbox"/> Port de lunettes		Appareil locomoteur :		Date
<input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques		Appareil respiratoire :		Hépatite B
<input type="checkbox"/> Prothèse		Appareil circulatoire :		DTP
<input type="checkbox"/> Contraception		Appareil digestif :		
<input type="checkbox"/> Appareil auditif		Appareil génito-urinaire :		
<input type="checkbox"/> Appareil dentaire		Pathologie :		
		Groupe sanguin :		

POINTS DE VIGILANCE		
Régime :	Allergie (s) :	Contre-indications :

Prescription médicale	Matin	Midi	Soir	Coucher	Antécédents/Interventions médicales	Dates

RECOMMANDATIONS MEDICALES

Date :

Le Médecin