



FICHE SANITAIRE de LIAISON

L'enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Garçon Fille

Vaccinations

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date Dernier Rappel	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Pneumocoque	
Ou Tetracoq				BCG	

Si votre enfant n'est pas immunisé par le ou les vaccins obligatoires, vous devez posséder un certificat médical de contre-indication, si tel est le cas cochez la case ci-dessous.

Je reconnais que mon enfant n'est pas immunisé par le ou les vaccins obligatoires ci-dessus et je déclare posséder un certificat médical de contre-indication

Maladies subies (Rayer les mentions inutiles)

Rubéole Oui / Non	Varicelle Oui / Non	Angine Oui / Non	Rhumatisme articulaire aigu Oui / Non	Scarlatine Oui / Non
Coqueluche Oui / Non	Otite Oui / Non	Rougeole Oui / Non	Oreillons Oui / Non	Asthme Oui / Non

Allergies (Cochez)

Médicamenteuses Précisez

.....

Alimentaires Précisez

.....

Autres Précisez :

.....

P.A.I en cours (Cochez)

Autres difficultés de santé (Précisez les précautions à prendre):

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir obligatoirement)

L'enfant porte-t-il :

des lentilles : Oui / Non

des lunettes : Oui / Non

des prothèses auditives : Oui / Non

des prothèses dentaires : Oui / Non

RESPONSABLE de l'ENFANT

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone

Fixe : Mobile : Travail :

Je, soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer toute mise à jour.

Date : Signature