FICHE SANITAIRE DE LIAISON	ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARCON ☐ FILLE ☐ RESPONSABLE LEGAL : NOM : _____ PRENOM : _____

* VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Rubéole-Oreillons	
Polio				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

* RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

.....

.....

- DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE

.....

.....

- NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

.....

Je soussigné .....responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

Date : Signature :