

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année : 20.....

**NOM DE L'ENFANT :** ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : M / F  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

## PERE (OU TUTEUR)

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... ville : .....  
Tél : .....

## MERE (OU TUTEUR)

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse si différente du père : .....  
Code Postal : ..... ville : .....  
Tel : .....  
Autre personne à contacter en cas de besoin  
NOM : ..... Prénom : .....  
Tél : .....

**Tél en cas d'urgence :** .....

N° allocataire : CAF : ..... MSA ..... autre : .....  
N° sécurité sociale : .....

## VACCINS OBLIGATOIRES EN COLLECTIVITÉ

(en cas de contre indication médicale merci de nous fournir un justificatif)

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de la dernière injection	Vaccins recommandés	Date de la dernière injection
OU DT POLIO		BCG	
OU TETRACOQ		ROR	
OU PENTACOQ		Hépatite B	
		Coqueluche	

## PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS : (allergie, opération, maladie, accident, ...)

Si l'enfant suit un traitement médical merci de joindre l'ordonnance.

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, traitements médicaux, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**DATE :**

**SIGNATURE :**