 FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1°/ Enfant : Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Masculin Féminin  **Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_**

**2°/ VACCINATIONS** ( Remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé ).

**ANTIPOLIOMYELITE ANTIDIPHTERIQUE ANTITETANIQUE ANTICOQUELUCHEUSE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Du TETRACOQ** | **VACCINS PRATIQUES** | **DATES** |
|  |  |
| **RAPPELS** |  |  |

**3°/**  **RESPONSABLE de L’ENFANT**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénoms** **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N° Tél : Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N° de S.S. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse du centre payeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Je soussigné,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsable de l’enfant** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre , le cas échéant, toutes mesures traitements médicaux, hospitalisations ou interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

**DATE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature**