

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Fille Garçon

I- **Vaccination** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination).
 Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccinations non obligatoires	Date
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole – oreillons	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

II- **Renseignements concernant le mineur**

Le mineur présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation...)

Oui Non

Si oui préciser :

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Responsables du mineur

Responsable légal :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Adresse mail :

Je, soussigné(e) responsable légal du mineur

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur

A Grigny, le

Signature du représentant légal