

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS

DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite)

Dates et rappels :

Autres vaccins : (hépatite B, ROR)

Noms et Dates :

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX (rayer les maladies non-contractées)

Rubéole / Varicelle / Angine / Scarlatine / Coqueluche / Otite / Rougeole / Oreillons

Allergies :

Asthmes Alimentaires Médicamenteuses Autres

Précisez :

Opérations et autres informations :

Traitements médicaux en cours :

Autres recommandations :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette feuille sont exacts et complets, et autorise en cas d'urgence, le ou les responsables à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitements, hospitalisation).

Fait à Salon-de-Provence, le

Signature du responsable légal :