

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(Dossier confidentiel)

Nom : Prénom :

Date de naissance : o Fille o Garçon

I/- **VACCINATION** (se référer au carnet de vaccination ou aux certificats de vaccination).

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

II/- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Le mineur présente-t-il un problème de santé : oui o non o

Si oui, préciser :

.....
.....

III/- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable 1 :

Nom **Prénom**

Adresse.....

Tel domicile **Tel portable**

Tel travail

Adresse mail.....

Responsable 2 :

Nom **Prénom**
Adresse.....
Tel domicile **Tel portable**
Tel travail
Adresse mail.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Je, soussigné(e), responsable légal du mineur

.....

o déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire

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

A Saint-Genis-Laval, le

Signature du représentant légal