



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## 1. L'ENFANT

Nom du Mineur : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe  M  F

N° Allocataire CAF et MSA : .....

Quotient familial : .....

Bénéficiez-vous des bons CAF : .....

## 2. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. travail (obligatoire) : .....

Mail recommandé (pour être informé des programmes, des informations et actualités du Centre) :

.....

## 3. LES VACCINATIONS

Nom et tél du médecin traitant : .....

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

**Merci de joindre une copie de la page des vaccins du carnet de santé.**

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre - indication.

**Recto verso**

