

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Nom : Prénom :

Date de naissance : fille garçon

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

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

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Allergies : - alimentaires ? oui non - médicamenteuses ? oui non

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

Si oui, préciser :

.....

.....

3- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. travail :

Tél. portable : Mail :

Responsable n°2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. travail :

Tél. portable : Mail :

Nom et tél. médecin traitant :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.
- l'autorise à suivre les chantiers organisés par le service animation jeunesse.
- autorise la Ville à le filmer ou le photographe à des fins exclusives de communication sur les supports municipaux.

Date

Signature