

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SAISON
2024-2025

ENFANT

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	<input type="checkbox"/> Carnet de santé
Numéro de sécurité sociale :	
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU-C

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires		Date du dernier rappel	Vaccins recommandés		Date du dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Autre : .....		.....

VOTRE ENFANT A-T-IL EU ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Veillez nous préciser si l'enfant a :

Allergies :

.....

Conduite à tenir en cas de crise :

.....

Veillez indiquer les difficultés de santé rencontrées par votre enfant, et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Je soussigné(e) (Nom)..... (Prénom)..... responsable de l'enfant (Nom)..... (Prénom)..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la MJC théâtre Prémol.

Fait à Grenoble le :
...../...../.....

Signature (père, mère ou représentant légal) :