

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Féminin  Masculin :

### VACCINATIONS (vous pouvez nous transmettre copie du carnet de vaccinations)

DT POLIO    oui     non     Date dernier rappel : .....

BCG            oui     non

ROR            oui     non

Hépatite B    oui     non

Méningite    oui     non

Autre (préciser) : .....

**Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.**

### ALLERGIES

Médicamenteuse    oui     non

Alimentaire            oui     non

Autres (animaux, pollen, maquillage, plantes.....)    oui     non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue)

.....  
.....  
.....  
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....  
.....



