

# Le Coudray-Montceaux

Pôle ENFANCE / JEUNESSE –

Année : 2024/2025

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

TEAM AJC

### 1-ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ECOLE : \_\_\_\_\_  
CLASSE : \_\_\_\_\_

2-RESPONSABLE DE L'ENFANT

PARENT

Tuteur

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
TEL FIXE \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
Profession parent 1 \_\_\_\_\_ Profession parent 2 \_\_\_\_\_  
Tél travail \_\_\_\_\_ Tél travail \_\_\_\_\_  
Tél portable \_\_\_\_\_ Tél portable \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Prénom \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

### 3-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

### 4-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN DE FAMILLE \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE Oui - Non	VARICELLE Oui - Non	ANGINE Oui - Non	SCARLATINE Oui - Non	OREILLONS Oui - Non
COQUELUCHE Oui - Non	OTITE Oui - Non	ROUGEOLE Oui - Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui - Non	

