

Le Coudray-Montceaux

Pôle ENFANCE / JEUNESSE –

Année : 2025 /2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON TEAM AJC	1-ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ ECOLE : _____ CLASSE : _____ TEL : _____ EMAIL : _____	PHOTO D IDENTITE
--	--	---------------------

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	

