

## Mairie de Barjols

## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

| Date de naissance :   |  | Sexe: F  | □ <b>M</b> □                        |  |
|---|--|--|-------------------------------------|--|
| Adresse :   |  |  |                                     |  |
| NOM du responsable lég  | gal (1) :  |  |                                     |  |
| NOM du responsable lég  | gal (2) (adresse si différente) :  |  |                                     |  |
| Tel domicile :  | I domicile : Tel mobile : Tel pi   |  | rofessionnel :                      |  |
| Ecole: Classe:  |  | Ann  | Année scolaire :                    |  |
|   |  | ite ainsi de vous démunir de<br>é ou aux certificats de vaccin   |                                     |  |
| VACCINS   | DATES  | VACCINS  |                                     | DATES  |
| Diphtérie   |  | Ou DT polio  |                                     |  |
| Tétanos<br>Poliomyélite   |  | Ou Tétracoque  AUTRE :   |                                     |  |
| •   |  |  |                                     |  |
| -   | 'a nas les vaccins obligato  | oires ioindre un certificat n  | nédical de                          | contre-indication  |
| Si l'enfant n   | •  | pires joindre un certificat n<br>nique ne présente aucune o  |                                     |  |
| Si l'enfant n   | à noter : le vaccin antitétar  | nique ne présente aucune d   |                                     |  |
| Si l'enfant n   | à noter : le vaccin antitétar<br>EJA EU LES MALADIES SUIVA   | nique ne présente aucune d<br>NTES ?   | contre-ind                          | lication   |
| Si l'enfant n<br>à<br>• <u>L'ENFANT A-T-IL DE</u><br>JBÉOLE □ VARICELL  | à noter : le vaccin antitétar<br>EJA EU LES MALADIES SUIVA<br>.E □ ANGINE □ RH   | <b>nique ne présente aucune d<br/>NTES ?</b><br>IUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ   | contre-ind                          |  |
| Si l'enfant n    L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE  VARICELL  OQUELUCHE  OTITE   | inoter : le vaccin antitétar<br>EJA EU LES MALADIES SUIVA<br>E ANGINE RH<br>ROUGEOLE OREILLONS   | <b>nique ne présente aucune d<br/>NTES ?</b><br>UMATISME ARTICULAIRE AIGÜ<br>D   | contre-ind                          | lication   |
| Si l'enfant n   L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE  VARICELL  OQUELUCHE  OTITE   RENSEIGNEMENTS   | inoter : le vaccin antitétant le la solute de la solute del solute de la solute del solute de la solute de la solute de la solute della solute de la solute de la solute de la solute del solute della s | nique ne présente aucune d<br>INTES ?<br>IUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ<br>□<br>L'ENFANT   | contre-ind                          | SCARLATINE   |
| Si l'enfant n   L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  DQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-f  | EJA EU LES MALADIES SUIVA  EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ARBITICANS  MÉDICAUX CONCERNANT  t-il des lentilles des lune  | nique ne présente aucune d<br>NTES ?<br>UMATISME ARTICULAIRE AIGÜ<br>L'ENFANT<br>ettes   | contre-ind                          | SCARLATINE   |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  DQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-t  Précisez le problèm  | A noter : le vaccin antitétar  EJA EU LES MALADIES SUIVA  E  | nique ne présente aucune d<br>NTES ?<br>UMATISME ARTICULAIRE AIGÜ<br>L'ENFANT<br>ettes 🗆 des prothèses ? 🗀 (F  | contre-ind                          | SCARLATINE   |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  DQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-t  Précisez le problèm  | A noter : le vaccin antitétar  EJA EU LES MALADIES SUIVA  E  | nique ne présente aucune d<br>NTES ?<br>UMATISME ARTICULAIRE AIGÜ<br>L'ENFANT<br>ettes   | contre-ind                          | SCARLATINE   |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  OQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-t  Précisez le problèm  | Anoter: le vaccin antitétant  EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE OREILLONS  MÉDICAUX CONCERNANT  t-il des lentilles des lune  e de santé:  | nique ne présente aucune de la   | contre-ind                          | SCARLATINE   |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  OQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-i  Précisez le problèm  Précisez-s' il s'agit d  L'enfant suit-il un tra  | EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE ANGINE ARH  ROUGEOLE ARH  Ti-il des lentilles Are des lune  e de santé:  L'une intolérance ou allergiaitement médical?  OUI   | nique ne présente aucune de la   | Précisez)                           | SCARLATINE   |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  OQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-i  Précisez le problèm  Précisez-s' il s'agit d  L'enfant suit-il un tra  En cas d'allergie ou  récente ainsi que le                                      | EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE ANGINE ARH  ROUGEOLE ARH  Ti-il des lentilles Are des lune  e de santé:  L'une intolérance ou allergi  aitement médical?  OUI  traitement médical, joindr  s médicaments correspond   | L'ENFANT ettes   des prothèses ?   (F  | Précisez)                           | SCARLATINE   slisé) et une ordonnance  |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  OQUELUCHE   OTITE    Notre enfant porte-f  Précisez le problèm  Précisez-s' il s'agit d  L'enfant suit-il un tra  En cas d'allergie ou récente ainsi que le marquées au nom d                                     | EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE OREILLONS  MÉDICAUX CONCERNANT  t-il des lentilles des lune e de santé:  l'une intolérance ou allergi aitement médical?  Utraitement médical, joindr s médicaments correspond le l'enfant et avec la notice)  | nique ne présente aucune d  NTES ?  UMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  L'ENFANT  ettes   des prothèses ?   (F  | Précisez)                           | SCARLATINE   slisé) et une ordonnance  |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   VARICELL  OQUELUCHE   OTITE    RENSEIGNEMENTS  Votre enfant porte-t  Précisez le problèm  Précisez-s' il s'agit d  L'enfant suit-il un tra  En cas d'allergie ou  récente ainsi que le  marquées au nom d  Aucun médicament | EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE ANGINE ACE ACE ANGINE  MÉDICAUX CONCERNANT  E-il des lentilles Aces des lune  e de santé:  L'une intolérance ou allergi  aitement médical?  UI  traitement médical, joindr  s médicaments correspond  le l'enfant et avec la notice)  t ne pourra être pris sans ou   | L'ENFANT e alimentaire:  NON   e le PAI (protocole d'accuei dants (boîtes de médicamen de protocole d'accuei dants (boîtes de médicamen de pai le pai | Précisez)  I individua  ts dans leu | SCARLATINE   SCARLATINE   Ilisé) et une ordonnance ur emballage d'origine      |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   | EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE ANGINE ARH  Total des lentilles Are des lune  e de santé:  A'une intolérance ou allergi  aitement médical; joindr  s médicaments correspond  le l'enfant et avec la notice)  t ne pourra être pris sans of  | nique ne présente aucune de  NTES ?  UMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  L'ENFANT  ettes   des prothèses ?   (Fournir des repas adaptés de  NON   Particular des la laccolar des la laccolar de la laccolar de la laccolar de  | Précisez)  I individua ts dans leu  | SCARLATINE   SCARLATINE   Ilisé) et une ordonnance ur emballage d'origine      |
| Si l'enfant n  L'ENFANT A-T-IL DE  UBÉOLE   | EJA EU LES MALADIES SUIVA  E ANGINE ANGINE ARH  ROUGEOLE ANGINE ACE ACE ANGINE  MÉDICAUX CONCERNANT  E-il des lentilles Ace des lune  e de santé:  L'une intolérance ou allergi  aitement médical?  OUI  traitement médical, joindr  s médicaments correspond  le l'enfant et avec la notice)  t ne pourra être pris sans of  aire n'est pas en mesure de  | L'ENFANT e alimentaire:  NON   e le PAI (protocole d'accuei dants (boîtes de médicamen de protocole d'accuei dants (boîtes de médicamen de pai le pai | Précisez)  I individua  ts dans leu | SCARLATINE   SCARLATINE   Ilisé) et une ordonnance ur emballage d'origine  es. |

Date et signature des responsables légaux







