

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*A remplir par tous, y compris par les personnes majeures,  
à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations.*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date et lieu de naissance : ..... Groupe sanguin : .....

...

Numéro de sécurité sociale : ..... Mutuelle : .....

## ➤ VACCINATIONS : antipoliomyélitique – antidiphtérique – antitétanique – anticoquelucheuse

Vaccins pratiqués : ..... dates : .....

.....

.....

.....

.....

.....

## ➤ Antituberculeuse (BCG) :

1<sup>er</sup> vaccin : ..... dates : .....

revaccination : ..... dates : .....

## ➤ Antivaricelleuse :

1<sup>er</sup> vaccin : ..... dates : .....

revaccination : ..... dates : .....

## ➤ Autres vaccins :

1<sup>er</sup> vaccin : ..... dates : .....

revaccination : ..... dates : .....

## ➤ Injections de sérum :

nature : ..... dates : .....

nature : ..... dates : .....

## Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui  non

Scarlatine : oui  non

Rougeole : oui  non

Varicelle : oui  non

Coqueluche : oui  non

Oreillons : oui  non

Angines : oui  non

Otites : oui  non

Rhumatismes : oui  non

Asthme : oui  non

Indiquez vos antécédents médicaux (maladies, accidents, allergies, opérations, hospitalisations...), en précisant les dates:.....

.....

.....

Suivez-vous un traitement ? oui  non

Si oui, précisez lequel : .....

.

Indications, contre-indications, recommandations particulières : .....

.....

Personne à prévenir en cas d'accident (Nom, adresse, n° de téléphone) : .....

.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par mon état ou celui du mineur dont je suis responsable :

Date :

Signature :