

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Uniquement pour les groupes compétition

Nom - Prénom :			Fille ou Garçon	
Date de naissance :				
Vaccins	Dates	Rappels	Maladies	
.....	.....	.....	RUBEOLE	non - oui
.....	.....	.....	VARICELLE	non - oui
.....	.....	.....	SCARLATINE	non - oui
.....	.....	.....	COQUELUCHE	non - oui
.....	.....	.....	ROUGEOLE	non - oui
.....	.....	.....	OREILLONS	non - oui
.....	.....	.....	ASTHME	non - oui
ALLERGIES à signaler (alimentaires, médicamenteuses, .....)				
TRAITEMENT MEDICAL EN COURS                      non - oui				
(si oui, joindre une photocopie de l'ordonnance)				

RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Nom - Prénom
- Adresse
  
- 📞 domicile
- 📞 bureau
- 📞 portable
- e-mail

(ne pas oublier de joindre une photocopie des Attestations de carte VITALE et de MUTUELLE)