



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE 2026-2027

1 - IDENTITE ENFANT

NOM :PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE

NOM et NUMERO DE POLICE D'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE.....

NOM et NUMERO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

2-RESPONSABLES LEGAUX

	Responsable 1	Responsable 2
NOMS Prénoms		
Adresse		
Téléphone		
Mail		

3 - VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres :	

Merci de joindre à ce formulaire la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou à défaut de joindre un certificat médical.

