



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017 / 2018

NOM : .....

Prénom : .....


Date de naissance : ..... / ..... / .....

Garçon       Fille

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

 ..... ou .....

### L'ENFANT FAIT- IL L'OBJET D'UN P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Si oui, lequel ?

.....

.....

.....

.....

### VACCINATIONS

Cocher la case correspondante si le vaccin est à jour, en vous référant au carnet de santé de l'enfant.

Vaccins obligatoires	À jour
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
ou DT polio	
ou Tétracoq	

Vaccins recommandés	À jour
Hépatite B	
Rubéole Oreillons Rougeole	
Coqueluche	
BCG	
Varicelle	

