

**MDJ – FICHE  
SANITAIRE  
DE LIAISON  
2026**

NOM.....  
PRENOM.....  
Date de naissance.....  
Garçon   
Fille



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication*

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

Si **oui** joindre une **ordonnance** correspondante (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

**Allergies :** Asthme oui  non  médicamenteuse oui  non   
Alimentaire oui  non  Autres.....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-ils lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Tél. domicile et portable : ..... travail.....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

*Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date.....

Signature