CERTIFICAT MEDICAL

(Valable pour toute l'année 2018)

Je soussigné(e) Docteur en médecine …… demeurant ……... certifie avoir examiné ……. et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant l'enfant à participer aux différentes activités proposées (marche, natation, jeux sportifs, travaux manuels…) du centre aéré.

Fait à …….…..... Le ……

Signature et cachet du médecin

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

► VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Antipoliomyélitique / Antidiphtérique / Antitétanique / Anticoquelucheuse

Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
du DT polio	……	……
du DT coq	……	……
du Trétacoq	……	……

Antituberculeuse (BCG)	Dates	Autres vaccins Nom et Dates
1er vaccin	…….....	……...
revaccination	……	……...

► RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole ☐non ☐oui	Scarlatine ☐non ☐oui	Otites ☐non ☐oui	Rougeole ☐non ☐oui
Rhumatismes ☐non ☐oui	Coqueluche ☐non ☐oui	Oreillons ☐non ☐oui	Varicelle ☐non ☐oui

► RECOMMANDATIONS DES PARENTS - DIFFICULTES DE SANTE

……
……
……