

CERTIFICAT MEDICAL

(Valable pour toute l'année 2019)

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

- I. **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/ Antidiphthérique / Antitétanique / Anticoquelucheuse

Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
du DT polio du DT coq du Trétacoq
Antituberculeuse (BCG)		Autres vaccins
1 ^{er} vaccin revaccination	Dates	Dates

- II. Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Rubéole <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Scarlatine <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Otites <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Rougeole <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Rhumatismes <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Coqueluche <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Oreillons <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Varicelle <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

- III. Recommandations des parents – difficultés de santé – régime alimentaire spécial.

.....
.....
.....