



Mairie de Mours
1 bis, Rue de Nointel
95260 MOURS

Mours, le/...../2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

1- ENFANT

NOM :

Prénom :

Garçon :

Fille :

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

Lieu de naissance :

2- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R	
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq				Coqueluche	
B.C.G					
D.T.C.P				Autres (préciser)	
Pentavac					
Prévenar				MONOTEST	

Veillez nous fournir les photocopies des vaccins du carnet de santé.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES (préciser).....