



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

AU SERVICE JEUNESSE DE VÉMARS 2025

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

<input type="text"/>						
Jour		Mois		Année		

Votre enfant est-il asthmatique ?

oui non

Votre enfant est-il diabétique ?

oui non

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ? *(Si oui merci de nous fournir l'ordonnance).*

oui non

Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? *(Si oui lesquelles).*

oui non

Votre enfant suit-il un régime alimentaire précis ? sans viande, sans porc... *(Si oui précisez).*

oui non

Votre enfant porte-t-il des lunettes de vue ?

oui non

Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?

oui non

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives ?

oui non

Merci de Joindre la copie des pages de Vaccination du carnet de santé.