

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
Code de l'action sociale et des familles

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>	<b>SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></b>

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles et vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

**VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou joindre les photocopies des pages réservées aux vaccins)**

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDES</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Méningite	
Ou Tétracoq		Autres	
BCG			

---

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON  
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU HIP HOP**

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme .....

Né(e) le .....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du hip hop.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

le .....

A .....

Cachet et signature du médecin