

# CENTRE SOCIAL - SECTEUR JEUNES

■ Belleville ■ Saint-Jean-d'Ardières ■ Taponas ■

28 Boulevard Joseph Rosselli 69220 Belleville – Tél. 04.74.06.49.80 – www.csbelleville.com

## L'ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON       FILLE

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **ou** joindre les photocopies des pages correspondantes.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou au séjour de vacances ?      Oui       Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif, L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**      ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
                         ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES .....

**Si oui, précisez laquelle :** .....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours :      oui       non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....  
**INDIQUEZ CI-APRÈS** : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

.....  
.....  
.....  
**3 - RECOMMANDATIONS UTILES CONCERNANT L'ENFANT**

.....  
.....  
.....  
**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
TÉL. DOMICILE : .....

TÉL. PORTABLE : .....

TÉL. TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

.....  
*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : .....

Signature :