

# CENTRE SOCIAL - SECTEUR JEUNES

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

8, rue du 14 juillet - 69220 Belleville – Tél. 04.74.06.49.80 – www.csbelleville.com

## L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-2022

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

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 :