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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

LE JEUNE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

Année :

2023/2024

2024/2025

2025/2026

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	
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 ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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

Si oui, précisez laquelle : Tournez svp →

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 :

Numéro de sécurité sociale sous lequel l'enfant est affilié :

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.

2023/2024

Date :

Signature :

2024/2025

Date :

Signature :

2025/2026

Date :

Signature :