



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- CENTRE DE LOISIRS  
 ACCUEIL JEUNES  
 ACCOMPAGNEMENT A LA SCOLARITE

QF : \_\_\_\_\_

**NOM DU JEUNE :** \_\_\_\_\_

**PRENOM** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ **AGE** \_\_\_

**GENRE :** \_\_\_\_\_

### **RESPONSABLE DU JEUNE :**

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

**ADRESSE** \_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_ **Ville** \_\_\_\_\_

Si Quimpérois préciser votre **quartier** : \_\_\_\_\_

### **Numéros de téléphone :**

**Mère :** Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Père :** Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Jeune :** Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom/téléphone) :** \_\_\_\_\_

**QUOTIENT FAMILIAL :** \_\_\_\_\_ € (Joindre dans « DOCUMENTS » l'attestation CAF ou MSA sur GOASSO)

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :**

Le jeune suit-il un **traitement médical** : 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.**

**Allergies :** Asthme : oui  non  Médicamenteuses oui  non

Autres : oui  non  Alimentaires oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :** (si automédication signaler)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indiquer ci-après, les difficultés de santé** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Recommandations utiles des parents** (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser)

---

---

**N° Sécurité Sociale** (Joindre une copie de votre carte vitale sur GOASSO) : \_\_\_\_\_

**Mutuelle** (Joindre une copie de votre carte de mutuelle sur GOASSO) : \_\_\_\_\_

**Nom et tél. du médecin traitant** (facultatif) \_\_\_\_\_

**Vaccination** : Tableau à compléter ou joindre une copie du carnet de santé sur GOASSO

<b>Vaccins Obligatoires</b>	Oui	Non	Dates des derniers rappels	<b>Vaccins recommandés</b>	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq					

**Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéole : oui  non

varicelle : oui  non

Scarlatine : oui  non

Coqueluche : oui  non

Otite : oui  non

Rougeole : oui  non

Angine : oui  non

Oreillons : oui  non

**Je soussigné(e),** \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du Centre des Abeilles à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du Centre à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui seraient avancés par la structure.

**Date :**

**Signature :**

**CETTE FICHE SANITAIRE EST A JOINDRE DANS « DOCUMENTS » SUR GOASSO**

**GOASSO : [centredesabeilles.goasso.org](http://centredesabeilles.goasso.org)**

**Pour vous connecter :**

**Identifiant : l'email du référent famille**

**Création de mot de passe : cliquer sur mot de passe oublié**