



**bellefreville**  
Val des dunes

**MAIRIE DE BELLEFREVILLE**  
10 rue Léonard Gille  
14370 BELLEFREVILLE

**Lydie GARNIER**  
Responsable Pôle Enfance Jeunesse  
Tél: 07 60 19 85 21  
**Lola MAZAUD**  
Référente Local Jeunes  
Tél : 06 65 60 65 68  
[local.jeunes@mairie-bellefreville.fr](mailto:local.jeunes@mairie-bellefreville.fr)

**BELLEFREVILLE**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**LOCAL JEUNES**

**OZ'POR**

**A. VACCINATIONS**

Nom et Prénom: .....

Date de naissance: ...../...../.....

VACCINS OBLIGATOIRES (selon l'année de naissance)	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES (selon l'année de naissance)	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Méningocoque C			
ou DT Polio				Pneumocoque			
ou Tétracoq				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Haemophilus Influenza b							
<b>VACCINS RECOMMANDES</b>							
Papillomavirus humain (HPV)				Autres (préciser) .....			
Grippe				.....			
Zona				.....			
BCG				.....			

Si le jeune n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## B. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Existence d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) :  OUI  NON

(si oui, joindre obligatoirement une copie du protocole)

Porter ici toute information jugée utile concernant le PAI

.....

.....

.....

Traitement médical particulier	
<b>Maladies déjà contractées</b>	<i>(facultatif)</i>
Rubéole	
Varicelle	
Angine	
Rhumatisme Articulaire	
Aigü	
Scarlatine	
Coqueluche	
Otite	
Rougeole	
Oreillons	
<b>Allergies</b>	
Asthme	
Médicamenteuses	
Alimentaires	
Autres	
<b>Autres renseignements</b>	
Port de lunettes	
Port de lentilles	
Port de prothèse auditive	
Port d'un appareil dentaire	
Autres ...	

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, etc.) en précisant les précautions à prendre :

.....

.....

.....

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

Date:

Signature: