FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2025-2026

Vexin Thelle Centre Social Rural

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination
sur votre espace du portail famille

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: ....

Sexe F ☐ M ☐

Cette fiche permet d'accueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		BCG	
		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Votre enfant a-t-il un dossier PAI ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le dossier PAI ainsi qu'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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui ☐ non ☐

Précisez : ..... ☐ ☐

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir ou un PAI (Projet d'Accueil Individualisé.)

Le mineur présente-t-il un problème de santé, oui ☐ non ☐
si oui préciser oui non
.....
.....
.....;

3- REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant suit-il un régime alimentaire, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....
.....
.....
.....;

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°l :
ADRESSE: ....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....
TEL PORTABLE :.....
Responsable N°2: .....
ADRESSE:. .....
.....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....
TEL PORTABLE: .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT: .....

Je soussigné(e). ..... , responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date: ..... Signature :

CENTRE SOCIAL RURAL DU VEXIN-THELLE
46 ter rue Pierre Budin
60240 CHAUMONT EN VEXIN
Tel: 03.44.49.01 .80
contact@csrvexinthelle.fr

Fiche d'inscription 2025-2026

Nom de l'enfant : ..... **Prénom de l'enfant :.....**

Age:
Sexe: **F :** ☐ **M :** ☐

Nationalité
Né(e) le à

Information scolaire

Année scolaire:
Classe:

Ecole:
Enseignant :

à: Le: Signature:

1 Famille **NOM :**

Adresse:

Téléphone 1 :.....
Téléphone 2:.....
E-mail:.....

Situation familiale :.....

Nbr d'enfants à charge: .....

CENTRE SOCIAL RURAL DU VEXIN-THELLE
46 ter rue Pierre Budin
60240 CHAUMONT EN VEXIN
Tel : 03.44.49.01 .80
contact@csrvexinthelle.fr

*Fiche Inscription **2025-2026***

Responsable 1

Nom/Prénom

Adresse:

Date de naissance

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mobile :

N Allocataire :

Profession:

TéL Pro.:

Autorité Parentale : oui ☐ non ☐

Responsable 2

Nom/Prénom

Adresse:

Date de naissance

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mobile :

N Allocataire :

Profession:

TéL Pro.:

Autorité Parentale : oui ☐ non ☐

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Personne 1

Nom Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

Personne 2

Nom Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

Cette fiche d'inscription ne fait pas office d'inscription aux Accueils Collectifs de Mineurs et/ou pauses méridiennes. Pensez à réserver les jours de présence sur le portail famille : https://csrvexinthelle.portail-familles.app/