

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024 DOCUMENT CONFIDENTIEL

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

ECOLE + COMMUNE : _____

CLASSE : _____

1 – VACCINATIONS (joindre obligatoirement la copie du carnet de santé). Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
				<u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>	
Diphtérie				Hépatite B *	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole*	
Poliomyélite				Coqueluche*	
				Méningocoque C*	
				Pneumocoque *	
				Méningite Hib*	
				Autres :	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? 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 : MÉDICAMENTEUSES OUI NON

*ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :

CONDUITE A TENIR :

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. NON

Demande d'élaboration d'un P.A.I.P : OUI NON

* *s'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), **un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.***

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. oui non (**ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...**)

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

L'enfant bénéficie d'un repas de substitution : Sans viande : Sans porc:

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

.....
.....
.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Mon enfant sait-il nager ? oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

Responsable N °2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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 : _____ / _____ /20.. Signature : _____