

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

D'après le CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES
Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs

❖ ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON :

FILLE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de l'enfant pendant son temps d'accueil en Accueil Collectif de Mineurs. Ces renseignements nous sont nécessaires afin de favoriser les meilleures conditions possibles d'accueil et nous permettre une intervention rapide, adéquate et efficace en cas d'urgence (ou de nécessité). La fiche sanitaire est conservée dans le dossier de l'enfant pour une durée d'un an. Une copie est remise au personnel et reste à sa discrétion pour information et suivi.

❖ DATE ET LIEU D'ACCUEIL :

Accueil de loisirs

LONGUEVILLE

LES HAUTS DE PROVINS

CHAMPBENOIST

BETON-BAZOUCHES

CHENOISE

SPORT LOISIRS VACANCES

JOUY-LE-CHATEL

Séjour :

Adresse :

Date de présence :

❖ VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATION RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS merci de joindre :

- Une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations au nom de l'enfant ou copie du carnet de vaccination ou attestation du médecin.
- Un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.
- *Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

❖ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? 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**) avec **une autorisation écrite** du tuteur légal.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- INFORMATIONS DE SANTE

ALLERGIES :

ASTHME :

Oui

Non

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres : Oui Non

Lesquelles :

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, antérieures et actuelles (maladie, diabète, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation:

.....

.....

.....

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE EN CAS DE PROBLEMES (joindre le **PAI** si existant) :

.....

.....

.....

.....

❖ **RECOMMANDATIONS UTILES** : Préciser notamment si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires

.....

.....

.....

.....

.....

❖ **RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM :PRENOM

ADRESSE

.....

.....

.....

Tél. fixe (et portable), domicile : bureau

Nom et Tél. du médecin traitant

En cas d'urgence :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure et le personnel encadrant à prendre connaissance des informations contenues dans la présente fiche.

Date:..... Signature :