

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Cette fiche permet de recueillir 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)⁷.

Nom du mineur : Prénom :

Né(e) le :/...../ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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
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

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

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

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

Précisez

Si oui joindre un **certificat médical** précisant les causes de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

⁷ Permet aux familles de transmettre des informations importantes concernant la santé de l'enfant au responsable du groupe (ou à l'assistant sanitaire). En cas d'accident ou de maladie, elle permet au responsable du groupe (ou à l'assistant sanitaire) de transmettre immédiatement aux professionnels de santé les éléments nécessaires à une prise en charge immédiate et efficace de l'enfant.

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

.....

.....

.....

☐ PAI ☐ NOTIFICATION MDPH ☐ NOTIFICATION AEEH (Joindre les documents)

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

☐ J'autorise les animateurs des services périscolaires et extrascolaires à administrer ou à appliquer à mon enfant

les produits suivants :

- Granulés homéopathiques d'Arnica – crèmes pour les ecchymoses (type Arnica)
- Crèmes solaires (fournies par vos soins ou celles de la structure en cas d'oubli)
- Crèmes pour les brûlures (type Biafine)

☐ Je refuse l'administration des produits cités ci-dessus.

☐ Je m'engage à communiquer au Pôle Accueil Enfance Jeunesse, tout changement médical de mon enfant.

4 - RESPONSABLE DU MINEUR

RESPONSABLE 1 : NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

TÉL. PORTABLE : TÉL. TRAVAIL :

RESPONSABLE 2 : NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

TÉL. PORTABLE : TÉL. TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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 ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature