FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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)

Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/.2018
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 MEDICAUX 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 : MEDICAMENTEUSES 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

***** *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…

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

……
……

……
……

4 -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 <u>seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.</u>

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2

Document issu de l'original CERFA adapté