



Fiche sanitaire de liaison

DOCUMENT CONFIDENTIEL VALABLE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Enfant

NOM: PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : / / A

SEXE : M F

Renseignements médicaux

Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie : oui non date :

Tétanos : oui non date :

Poliomyélite : oui non date :

VACCINS RECOMMANDÉS

Coqueluche : oui non

Haemophilus : oui non

R.O.R. : oui non

Hépatite B : oui non

Pneumocoque : oui non

BCG : oui non

Autres (préciser) : oui non

.....

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

Allergies (ou intolérance)

➤ ALIMENTAIRES oui non

➤ MÉDICAMENTEUSES oui non

➤ AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

➤ ASTHME oui non

Si oui, préciser la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

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

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)

Un P.A.I. a t'il été établi ? oui non

Si oui, dans quel cadre :

- Restauration (repas et goûter) ➤ Au quotidien
➤ Pratique de certaines activités ➤ Autres Préciser

Merci de vous rapprocher du responsable de site afin de fournir le protocole d'accueil ainsi que toutes les informations utiles.

Enfant porteur de handicap ou de troubles du comportement

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien-être et sécurité).

Pour une meilleure intégration de votre enfant, il est souhaitable de prendre rendez-vous avec le responsable de site afin de définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place? oui non

Si oui laquelle?

Merci de nous fournir de document de reconnaissance délivrée par la Maison du handicap (MDPH).

Traitement médical

Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation **et** votre accord écrit.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Informations complémentaires

- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui non
- Votre enfant porte-t-il des lentilles ? oui non
- Votre enfant porte-t-il des prothèses ou protections auditives ? oui non
- Votre enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaire ? oui non

NOM ET TEL. MEDECIN TRAITANT :

Recommandations utiles

Comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, particularités ou régimes alimentaires, énurésie nocturne, etc...

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

Responsable(s) de l'enfant

Responsable N°1 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL. PORTABLE :

TEL. TRAVAIL :

Responsable N°2 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL. PORTABLE :

TEL. TRAVAIL :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, 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 :