

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON : ☐ FILLE : ☐

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite l'année suivante.

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

**Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations,
copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.**

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- Autorisez-vous l'équipe d'animation à utiliser les crèmes solaires, granulés homéopathiques d'Arnica, les crèmes pour les ecchymoses, les brûlures ? oui ☐ non ☐
- L'enfant suit-il un traitement médical à l'accueil de loisirs ? oui non

S'il suit un traitement médical, 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
Médicamenteuses : oui non
Autres : oui non
lesquelles :

DIABETE : oui non

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES
(se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

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

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez.

.....
.....

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRENOM

ADRESSE

.....

.....

Tél. fixe (et portable), domicile : bureau

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

En cas d'urgence :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LA DIRECTION A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur de l'accueil
Maison Pour Tous Jean-Luc Petit - Centre social
5 rue Abbé Riel, 10200 BAR-SUR-AUBE
03 25 27 31 25

OBSERVATIONS

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