

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

## 1 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Depuis 2018, les enfants sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

RAPPELS DES VACCINS	
<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> Hépatite B *
<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole*
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Coqueluche*
	<input type="checkbox"/> Méningocoque C*
	<input type="checkbox"/> Pneumocoque *
	<input type="checkbox"/> Méningite Hib*
	<input type="checkbox"/> 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 (animaux, plantes, pollen ...) OUI  NON 

Précisez .....

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, PROBLEME DE SOMMEIL, ENURÉSIE...)

### 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 :** .....

**N° de SÉCURITÉ SOCIALE ou de MSA :** .....

*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 seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : ..... / ..... / .....

**Signature du responsable n°1**

**Signature du responsable n°2**