



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE : 20 - 20

Cette fiche est à remplir soigneusement. Elle sera confiée aux responsables de l'accueil de loisirs auquel l'enfant participe, et permettra de répondre efficacement et rapidement aux questions médicales en cas de nécessité.

1. IDENTITÉ

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de Naissance : / /

Numéro de Sécurité Sociale :

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

2. PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

☐ Rubéole ☐ varicelle ☐ angine ☐ scarlatine ☐ coqueluche ☐ otite ☐ rougeole ☐ oreillons ☐ rhumatismes

Prise de traitement médical quotidien ?

- ☐ OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- ☐ NON.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec la responsable de l'accueil de loisir. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, au collège ou au lycée, une copie peut être fournie.

3. POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT (pour améliorer l'accueil de l'enfant)

Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, votre fille est-elle réglée ? etc.

ACCUEIL ADAPTE POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Afin d'assurer un accueil dans les conditions les plus adaptées, merci de nous indiquer si votre enfant bénéficie d'un des dispositifs suivants : ☐ Allocation enfant handicapé (AEEH ou PCH)

☐ Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)

☐ Projet d'Accueil Individualisé lié au handicap (PAI)

Merci de fournir une copie de la Notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ainsi que l'attestation AEEH de la CAF de la Loire.

ALLERGIES

Aliments, médicaments, autres	Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui :

☐ sans porc

☐ sans viande

☐ végétarien

☐ Autre :

4. VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Si votre enfant est né **avant le 1 janvier 2018**, les vaccins obligatoires sont :

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Si votre enfant est né **après le 1 janvier 2018**, les vaccins obligatoires sont :

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- Coqueluche
- Haemophilus influenzae
- Hépatite B
- Ménigocoque C
- Pneumocoque
- ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)

Date :

Signature :

Je soussigné.e, _____ responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisir à
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature des responsables légaux