

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARCON  FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**VACCINATIONS** (Fournir obligatoirement la copie du carnet de vaccinations pour les vaccins obligatoires)

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si **oui**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MEDICAMENTS NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

L'enfant dispose-t-il d'un **PAI** (Protocole d'Accueil Individualisé). En cas d'allergie alimentaire connue, la famille est tenue d'informer la collectivité de cette allergie et d'établir le protocole.

OUI		NON	
-----	--	-----	--

### **Allergies :**

ASTHME	OUI		NON		
ALIMENTAIRE	OUI		NON		
MEDICAMENTEUSE	OUI		NON		
AUTRES	OUI		NON		

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

La pratique d'activité physique et sportive nécessite-t-elle une adaptation particulière ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Pratiquez-vous le sport à l'école ou en club ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

J'accepte que mon enfant participe à l'ensemble des activités prévues dans le programme d'animation.

OUI		NON	
-----	--	-----	--

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 pour définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place pour la scolarité : OUI  NON

Si oui laquelle ?.....

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

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

**Nom, prénom et téléphone du médecin traitant :**

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



***Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni au directeur de l'accueil ni à l'organisateur.***

Date :

Signature du responsable légal :