

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

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

VACCINATIONS (Fournir obligatoirement la copie du carnet de vaccinations, il faut être à jour du DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite))

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) ?**

OUI NON

Allergies :

ASTHME : OUI (nous transmettre le certificat médical ou le PAI) NON

ALIMENTAIRES : OUI (si c'est oui votre enfant ne peut être accepté en restauration sans la mise en place du PAI)
 NON

MEDICAMENTEUSE : OUI NON

AUTRES :

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

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.

Le Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) concerne les enfants en situations de handicap. Le projet est élaboré avec l'ensemble des partenaires à l'initiative de la famille (directeur ACM, structure spécialisée et référent PAP). Tout PAP doit être établi avant la fréquentation de l'enfant dans ACM (accueil collectif des mineurs).

- L'enfant est-il en situation de handicap ? OUI NON

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 :