

Fiche sanitaire de liaison 2024-2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs).

Enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

Fille

Garçon

Renseignements médicaux

Poids (kg)

Taille(cm)

Votre enfant suit-il un traitement médical ? 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) accompagné d'un mot d'autorisation pour les lui administrer au nom du personnel de l'Accueil Péri-scolaire.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les allergies et/ou les maladies suivantes:

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Asthme

Médicamenteuses

Alimentaires

Autres

Protocole d'accueil individualisé(PAI):

Votre enfant bénéficie d'un PAI? oui non

Joindre une copie du PAI

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

oui

non

Si oui, précisez:

Votre enfant aura-t-il besoin d'une AVS (Assistante de Vie Scolaire) sur le temps d'accueil périscolaire

oui

non

Votre enfant porte

Des lunettes

Des lentilles de contact

Un appareil dentaire

Un appareil auditif

Autres recommandations

Médecin traitant

Nom

Téléphone

Sécurité sociale

Numéro de sécurité sociale dont dépend le mineur

Responsable 1

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tél. portable

Tél. domicile

Tél. travail

Responsable 2

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tél. portable

Tél. domicile

Tél. travail

Vaccination

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations.

Joindre **obligatoirement** une copie du carnet de vaccination.

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires

Diphtérie	oui	non	Tétanos	oui	non	Poliomyélite	oui	non
------------------	-----	-----	----------------	-----	-----	---------------------	-----	-----

Vaccins recommandés

Coqueluche	oui	non	Haemophilus	oui	non
------------	-----	-----	-------------	-----	-----

Rubéole-Oreillons- Rougeole	oui	non	BCG	oui	non
-----------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Hépatite B	oui	non	Pneumocoque	oui	non
------------	-----	-----	-------------	-----	-----

Autres(précisez)

Déclaration

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date

Signature du Responsable Légal