

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 / 2025

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS ACTIVITES ET SEJOURS Association A'VENCE

Cette fiche destinée aux responsables de la structure d'accueil résume les renseignements concernant la santé de votre enfant

1. ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / /

Sexe : Féminin Masculin

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé [ou fournir la photocopie des vaccins](#))

DESCRIPTIF	OUI	NON	DATE
DIPHTERIE + TETANOS + COQUELUCHE + POLIO DIPHTERIE + TETANOS + POLIO (OBLIGATOIRE) TETANOS SEUL			
POLIO SEUL TUBERCULOSE / BCG			
HEPATITE B			
ROUGEOLE/OREILLONS/RUBEOLE ROR			
COQUELUCHE			

AUTRES VACCINS	DATE	RAPPEL

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

GRUPE SANGUIN : / POIDS : / TAILLE :

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTÉ

Problèmes de santé antérieurs /Contre-indications / Recommandations particulières / Traitement médical en cours : (maladies, hospitalisations, opérations, accidents...) :

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

Quelles maladies infantiles l'enfant a-t-il déjà eues (varicelle, oreillons, otite...) :

L'enfant suit-il un **traitement médical** durant sa présence

Au centre de loisirs ou durant le séjour ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

L'enfant est-il allergique ? OUI NON

Si oui à quoi : (alimentaires*, asthme, médicamenteuses, insectes, soleil...) :

Conduite à tenir et/ou précautions à prendre :

Si automédication le signaler

*En cas d'allergie alimentaire avérée fournir le projet d'accompagnement personnalisé (PAI)

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire... :

Si c'est une fille est-elle réglée ? OUI NON

Votre enfant a-t-il des problèmes d'énurésie ? OUI NON

5. AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON
- Autorisation de transport dans le(s) véhicules des salariés et/ou accompagnateurs bénévoles (courts trajets) ou car de location : OUI NON

6. EN CAS D'URGENCE

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents de l'enfant) :

7. RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT :

NOM et PRENOM :	ADRESSE :	JOIGNABLE au (téléphone) :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, assure l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, m'engage à avertir le personnel de la structure de tout changements relatifs aux renseignements contenus dans la présente fiche et autorise les responsables, l'équipe (du périscolaire et des centres de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, Appel au 15, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »