



CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON :

FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

DATES ET LIEU DE L'ACCUEIL :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : Alimentaires : oui non
Médicamenteuses : oui non
Autres : oui non
lesquelles :

DIABETE : oui non

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

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

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez.

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

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRENOM

ADRESSE (pendant le séjour)

.....
.....

Tél. fixe domicile : Bureau :.....

Tél. portable Mère : Tél portable Père :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

En cas d'urgence :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (TRICE) A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur de l'accueil
ACMSH , 4 Rue Henri Rodin, 10180 SAINT-LYE
03 25 80 89 68
acmsh@saint-lye.fr

OBSERVATIONS

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