



Code de l'action sociale et des familles

# Fiche sanitaire de liaison

Document confidentiel



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

**Nom du mineur :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Sexe :**  M  F **Classe 2022-2023 :** .....

## Accueil de loisirs sans hébergement de Saint-Lyé

### Année : 2022-2023

#### 1. Vaccinations obligatoires : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre **un certificat médical de contre-indication.**

#### 2. Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il un **PAI**  oui  non / Si oui  Médicamenteux  Alimentaire

Le PAI (*plan d'accueil individualisé*) est à l'initiative de la famille et à transmettre à l'inscription du mineur.

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical régulier** ?

oui  non

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

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**Allergies :** Médicamenteuses  oui  non

Alimentaires  oui  non

Autres (asthme, animaux, plantes, pollen...)  oui  non

A préciser : .....

Si oui, joindre **un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

A préciser : .....

Le mineur présente-t-il un problème de santé  oui  non, si oui préciser : .....

Le mineur présente-t-il une (des) contre-indication(s) éventuelle(s)  oui  non

Si oui préciser et joindre un justificatif médical : .....

#### 3- Régime alimentaire particulier : oui non

A préciser : .....

#### 4. Recommandations utiles des parents :

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, appareillage dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énorésie nocturne etc....

#### 5- Responsables du mineur :

Responsable n°1 : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : ..... Tél portable : .....

Responsable n°2 : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : ..... Tél portable : .....

Nom, téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche **et m'engage à les réactualiser si nécessaire.** J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :