**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

***DOCUMENT CONFIDENTIEL***

**DATE DE VALIDITE : 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2022**

**Merci de remplir ce document en lettres CAPITALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | | |
| **Prénom** |  | | |
| **Sexe** | **Fille**  **Garçon**  | | |
| **Date de naissance** | **\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Age : \_ \_ \_ ans** | | |
| **Classe à la rentrée 2021\***  ***\* Pour les inscriptions de janvier à juin*** |  | **Classe à la rentrée 2022\***  ***\* Pour les inscriptions de juillet à décembre*** |  |

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d’accueil du mineur à l’accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles).

Il vous appartient de nous indiquer tout changement qui aurait lieu en cours d’année.

1. **RESPONSABLE DU MINEUR**

**Responsable N°1 :** NOM : ................................................... PRÉNOM : ........................................................... ADRESSE........................................................................................................................................................... TEL DOMICILE : ............................... TEL TRAVAIL : .................................TEL PORTABLE : ..............................

**Responsable N°2 :** NOM : ................................................... PRÉNOM : .......................................................... ADRESSE :........................................................................................................................................................ TEL DOMICILE : ............................... TEL TRAVAIL : ................................. TEL PORTABLE : .............................

NOM MEDECIN TRAITANT ................................................. TEL .............................................................................

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

**Date et signature :**

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc ...

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGIME ALIMENTAIRE :** |  |  |  |  |  |
| PAI | oui | non | VEGETARIEN (avec poisson) | oui | non |
| SANS PORC | oui | non |  |  |  |
| **AUTRES :** |  |  |  | | |
| BAIGNADE -SAIT NAGER : | oui | non | En fonction de nos besoins, fournir une attestation à la pratique aquatique. | | |
| SIESTE : | oui | non | Selon ses besoins / envies | | |

1. **VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires spécifier nom et prénom de l’enfant concerné)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | | **VACCINS RECOMMANDÉS** | |
| Diphtérie | Rubéole-Oreillons -Rougeole\* | Coqueluche | Pneumocoque |
| Tétanos | Hépatite B\* | Haemophilus | BCG |
| Poliomyélite | Pneumocoque\* | Rubéole-Oreillons- Rougeole | Autres (préciser) |
| Coqueluche \* | Méningocoque C\* | Hépatite B |
| Haemophilus\* |  | | |

**\* Pour les enfants nés après le 1er Janvier 2018**

**Si le mineur n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre –indication.**

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids :..................................................... Taille : ............................................ (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant l’accueil de loisirs ? oui  non 

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

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

**ALLERGIES**

ALIMENTAIRES o u i  non  Si oui, lesquelles…………………………………………………………………..

MEDICAMENTEUSES o u i  non  Si oui, lesquelles………………………………………………………………….

AUTRES (animaux, plantes, pollen) o u i  non  Si oui, lesquelles……………………………………..................................

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

Le mineur 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** ? o u i  n o n 

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

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

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

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

1. **PERSONNES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE - Les responsables légaux seront informés prioritairement**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A contacter en cas d’urgence par ordre croissant** | **Nom** | **Prénom** | **Tél** | **Lien avec l’enfant** | **Adresse (ville)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

1. **OBSERVATIONS (réservé à la direction) :**

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

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

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

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