



**Code de l'Action Sociale et des Familles  
Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : __/__/____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**ANNÉE SCOLAIRE 202\_ - 202\_ – ACM LOUIS BRISSON**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT, elle sera détruite à l'issue de l'accueil.

1. VACCINATIONS

Joindre une photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**  
**ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

**ALLERGIES:** ALIMENTAIRES :  OUI  NON      MÉDICAMENTEUSES :  OUI  NON  
AUTRES : \_\_\_\_\_

**MALADIES :** ASTHME :  OUI  NON      DIABETE :  OUI  NON

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

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

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (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, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC .....

.....  
.....

4. – AUTORISATION D'ADMINISTRER LES TRAITEMENTS SUIVANTS

**En cochant les cases ci-dessous, j'autorise la directrice de l'ACM Louis Brisson et les membres de l'équipe d'animation à administrer les traitements suivants selon les protocoles établis et approuvés par un médecin.**

- pommade à base d'arnica et granules, en cas de coup ou d'hématome
- pommade anti-démangeaisons (de type Apaysil), en cas de piqûres d'insectes
- Biafine, en cas de brûlure

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : .....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

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