



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

valable du 01/09/2023 au 31/08/2024

Pour tout changement, une nouvelle fiche devra être établie

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs sur les temps périscolaires, en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé. DOCUMENT CONFIDENTIEL.

Enfant : Fille Garçon Date de naissance : / /

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

1 - Vaccinations : *joindre obligatoirement la copie des 4 pages du carnet de vaccination*

2 - Renseignements médicaux :

Poids : kg / Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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

Si oui, lequel ?.....

En séjour, 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*).

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

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ASTHME oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Précisez :

Attention ! En cas d'allergie, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. Un Protocole d'Accueil Individualisé doit être rédigé par le médecin scolaire si celle-ci nécessite un protocole d'urgence avec prise de médicaments

J'autorise HVL à mettre de la crème solaire à mon enfant en cas de besoin (sur les temps périscolaires et le mercredi), sinon cocher la case ci-dessous :

n'autorise pas HVL à mettre de la crème solaire. Je m'engage dans ce cas à en fournir ou accepte que mon enfant ne sorte pas jouer au soleil.

Indiquer les **difficultés de santé ou autres** (comportement, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates éventuellement et les **précautions à prendre**.

3 - Recommandations utiles :

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui occasionnellement non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Nom et téléphone du MEDECIN TRAITANT :

4 - Responsable légal de l'enfant (contacté en priorité en cas d'urgence) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. portable : Travail : Domicile :

Personnes à contacter en cas de nécessité (si je ne réponds pas) :

NOM	PRENOM	TELEPHONE domicile/bureau

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du centre de loisirs, du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- s'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

- s'engage à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :