FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Garçon ☐ Fille ☐

Protection des données personnelles : se référer au Dossier Unique des familles (pages 4) dans sa version en vigueur

1 – Vaccinations

Conformément à la loi N°2017-1836 du 30 décembre 2017, applicable aux mineurs nés après le 1er janvier 2018, et selon l'article de l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs, il est obligatoire de fournir les copies des pages de vaccinations du carnet de santé. Ces copies doivent inclure le nom et le prénom du mineur concerné. Si les vaccins ne sont pas à jour, l'inscription de l'enfant ne pourra pas être validée. Dans le cas d'une contre-indication médicale, il est obligatoire de fournir une attestation du médecin, stipulant cette contre-indication.

2 – Renseignements médicaux concernant l'enfant

Nom du Médecin traitant :	Téléphone :

L'enfant présente-t-il des troubles de la santé ?

Allergies alimentaires →	Préciser à quoi
Allergies médicamenteuses →	Préciser à quoi
Autres allergies →	Préciser à quoi

ASTHME ☐		ÉPILEPSIE ☐		
DIABÈTE ☐		AUTRES ☐		Préciser :

Ces troubles nécessitent-ils un traitement médical régulier ?

Oui ☐ **Non** ☐

📌 **Si votre enfant suit un traitement régulier ou s'il bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), il est impératif de fournir une version validée de ce document chaque année. Sans ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli à l'accueil de loisirs et son traitement ne pourra pas être délivré. De plus, pour les traitements médicaux, vous devez fournir les médicaments ainsi que l'ordonnance en cours de validité dans une trousse clairement identifiée au nom de votre enfant.**

ANGINE ☐		**COQUELUCHE** ☐		**OREILLONS** ☐		**OTITE** ☐		**Rhumatisme articulaire aigu** ☐
ROUGEOLE ☐		**RUBÉOLE** ☐		**SCARLATINE** ☐		**VARICELLE** ☐		

L'enfant bénéficie t'il d'une Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh) ?

Non ☐ **Oui** ☐ → **fournir une attestation de la CAF (en cours de validité)**

3- Recommandations utiles des parents

Merci de préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ou toute autre information que vous jugerez utile.

Je soussigné(e), _____ **responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date : _____ Signature : _____