

Fiche sanitaire de liaison

1. L'ENFANT

Nom du mineur* :

Prénom* :

Date de naissance* : / /

Classe (2022-2023) pour l'été :

Enfant détenteur d'un P.A.I. ou bénéficiaire de l'AAEH

Classe* (2023/2024) :

Sexe* : Garçon Fille

Sieste pour les plus petits :

OUI (besoin d'une couche Ça

dépend (le préciser le matin)

2. LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 (payeur)

NOM* :

Prénom* :

Parenté :

Adresse* :

.....

.....

Profession* :

Mail* (pour un accès au Portail INNOENFANCE & pour recevoir les informations de l'E.V.S) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable* :

Tél. travail* :

N°Allocataire CAF ou MSA* :

Responsable 2

NOM* :

Prénom* :

Parenté :

Adresse* :

.....

.....

.....

Profession* :

Mail* :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable* :

Tél. travail* :

Quotient Familial* :

3. LES DÉLÉGATIONS

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal. Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant (si vous le souhaitez) et si possible un numéro de téléphone.

Nom	Prénom	Liens	Coordonnées

Merci de nous prévenir au préalable (le matin ou par mail) lorsqu'une de ses personnes est amenée à venir chercher votre enfant.

* Mentions à renseigner obligatoirement.

4. LES VACCINATIONS*

Nom du médecin traitant : Tél.:

Vaccins obligatoires pour tous			Vaccins recommandés pour les enfants avant le 1er Janv. 2018 mais devenus obligatoires pour les enfants nés après le 1er Janv. 2018								
	Oui	Non	Date dernier Rappel		Oui	Non	Date dernier Rappel		Oui	Non	Date dernier Rappel
Diphtérie				Coqueluche				Hépatite B			
Tétanos				Haemophilus				Méningocoque C			
Poliomyélite				Rubéole / Oreillons / Rougeole				Pneumocoque			

Joindre obligatoirement une copie des vaccins du carnet de santé avec le nom de l'enfant inscrit en haut de la page. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

5. LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT*

Poids :
 Taille :
 Votre enfant suit un traitement médical pendant l'accueil : OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES * & DIFFICULTÉS DE SANTÉ

ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen...):

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR
 (si automédication le signaler), joindre un certificat médical si nécessaire.

.....

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 ?

oui
 non

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, besoins éducatifs particuliers, régimes alimentaires (sans porc/sans viande)...

.....

Je soussigné,* responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'Urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date*:

Signature obligatoire*: