



DIRECTION EDUCATION ENFANCE JEUNESSE

7 Rue Porte Saint Léonard

35 300 FOUGERES

TEL : 02.99.94.88.62.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017-2018

(À transmettre sous enveloppe cachetée)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant au centre de loisirs. (Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.2274 du code de l'action sociale et des familles) : elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Cette fiche est active pendant toute l'année scolaire, du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018.

Elle est valide pour les inscriptions à l'accueil périscolaire des écoles publiques, à la restauration municipale et au centre de loisirs.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Ecole : Classe.....

Nom du responsable :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

☎ du domicile :

☎ du travail :

☎ portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

.....

Je soussigné (e).....
responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature du responsable légal :

1. VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination vous pouvez joindre une photocopie du carnet de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indications)

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR.

Poids.....

Taille.....

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?

OUI NON

Si oui 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).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

Lesquels.....
.....
.....
.....

3. RECOMMANDATION DES PARENTS

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

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

OBSERVATIONS.....
.....
.....
.....

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

4. ALLERGIES

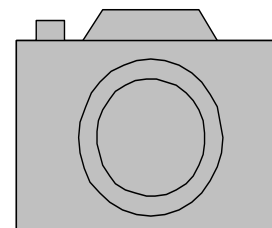
MEDICAMENTEUSES

OUI NON

ALIMENTAIRES

OUI NON

En cas d'allergies alimentaires, merci de renseigner la partie ci-dessous et joindre une photo récente de l'enfant.



(J'autorise la diffusion de la photo de mon enfant, exclusivement dans les restaurants scolaires pour les raisons évoquées dans ce document)

Jours de présences à l'école ou au centre :

(Cochers la ou les cases correspondante(s))

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Type(s) d'allergies ou intolérance(s).....

Signe(s) apparent(s) et conduite à tenir.....

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

PAI : (Projet d'Accueil Individualisé)

OUI NON

Rappel du protocole à suivre

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