CALLY - NANT
Centre d'Accueil et de Loisirs des Lutins de Cally

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

NOM de l'enfant :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : **M ☐** **F ☐**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20/02/2023 relatif au suivi sanitaire de mineur en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1- VACCINATIONS

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins obligatoires (et non 3)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				L'Hæmophilus influenzæ de type B	
				Le pneumocoque	
				Le méningocoque de type C	
				Autres (à préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication

2-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : Taille : (Informations nécessaires en cas d'urgence).

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 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 autorisation.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
AUTRES (poils d'animaux, pollen)

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation…) en précisant les dates et les précautions à prendre.

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésies nocturnes, etc.

4-TYPES DE MENU

Repas standard ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐

5-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM PRÉNOM
ADRESSE

Téléphone : Domicile Travail Portable

Responsable N°2 : NOM PRÉNOM
ADRESSE

Téléphone : Domicile Travail Portable

NOM et numéro de téléphone 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. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date: Signature: