

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE : /

Centres de loisirs sans hébergement et séjours Points Enfants Loisirs Accueil Jeunes Cap Sport

1. ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

2. VACCINS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI		NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS OU OBLIGATOIRES pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018		OUI		NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie						Hépatite B						
Tétanos						Coqueluche						
Poliomyélite						Rougeole-Oreillons-Rubéole						
Ou DT polio						Haemophilus influenzae b						
Ou Tétracoq						Pneumocoque						
BCG						Méningocoque de sérogroupe C						

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non
Si oui, joindre une ordonnance de moins de 6 mois et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice) marqués au nom de l'enfant dans une trousse fermée.

- **PAI mis en place** : oui non

Si oui et que l'enfant n'est pas scolarisé sur la commune de Mâcon, merci de joindre une copie du PAI

- La Collectivité décline toute responsabilité en cas d'allergies ou de problèmes de santé non signalés par la famille, lors de l'inscription ou survenus en cours d'année.
 Allergies alimentaire : _____
 Autre problème de santé (à préciser) : _____

- **Seules les allergies confirmées par un médecin qualifié peuvent faire l'objet d'une prise en compte.**

- L'enfant a-t-il **des antécédents ou des difficultés de santé** ? (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, comportement) :
oui non

Si oui, précisez les dates et les précautions à prendre : _____

- **Recommandations utiles des parents** (port de lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, etc.) :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :