VILLENEUVE-SUR-LOT

Fiche sanitaire de liaison

DOCUMENT CONFIDENTIEL VALABLE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Enfant

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ..... / ..... /..... À .....

SEXE : M ☐ F ☐ ECOLE / LIEU D'ACCUEIL : .....

Renseignements médicaux

Vaccinations obligatoires :

Diphtérie : oui ☐ non ☐ date : ..... Tétanos : oui ☐ non ☐ date : .....

Poliomyélite : oui ☐ non ☐ date : .....

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Allergies (ou intolérance)

- ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
- MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

.....

.....

.....

Enfant porteur de handicap ou de troubles du comportement

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien-être et sécurité).
Pour une meilleure intégration de votre enfant, il est souhaitable de prendre rendez-vous avec le responsable de site afin de définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place? ☐ oui ☐ non

Si oui laquelle? .....

Si votre enfant bénéficie d'une reconnaissance délivrée par la Maison du handicap (MDPH), merci de nous la fournir.

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)

Un P.A.I. a t'il été établi ? ☐ oui ☐ non

Si oui, dans quel cadre :

.....

.....

.....

Merci de vous rapprocher du responsable de site afin de fournir le protocole d'accueil ainsi que toutes les informations utiles.

Traitement médical (hors PAI)

Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente (valide pour un an) précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de l'accueil avec les médicaments dans leur emballage d'origine, **au nom de l'enfant**, la notice d'utilisation **et** votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Informations complémentaires

- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant porte-t-il des lentilles ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant porte-t-il des prothèses ou protections auditives ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaire ? ☐ oui ☐ non

Médecin traitant

Nom : ..... Téléphone : .....

Habitudes de vie

Comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, particularités ou régimes alimentaires, énurésie nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

.....

Représentants légaux de l'enfant

Représentant N°1 :

NOM : .....
PRENOM : .....
ADRESSE : .....
.....
.....
CODE POSTAL : .....
VILLE : .....
TEL. PORTABLE : .....
TEL. TRAVAIL : .....

Représentant N°2 :

NOM : .....
PRENOM : .....
ADRESSE : .....
.....
.....
CODE POSTAL : .....
VILLE : .....
TEL. PORTABLE : .....
TEL. TRAVAIL : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, 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 :