

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil Collectif de Mineurs
« L'ÎLE AUX ENFANTS »
Place du Crêtet – 39400 MORBIER
03.84.33.18.83.
petitenfancemorbier@orange.fr

L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon ou fille (entourer)

RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM & Prénom	Qualité de père, mère, concubin...	Tel PORTABLE	Tel FIXE	Tel TRAVAIL	CP + Ville

CONTACT en cas d'Urgences : Indiquer les personnes à contacter en cas d'urgence par ordre de priorité, si les responsables légaux ne sont pas joignables :

NOM & Prénom	En qualité de voisin, oncle, voisin	Tel PORTABLE	Tel FIXE	Tel TRAVAIL	CP + Ville

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ALLERGIES

Alimentaires :

- ☐ Oui
☐ Non

Médicamenteuses :

- ☐ Oui
☐ Non

Asthme :

- ☐ Oui
☐ Non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

VACCINATIONS

Joindre une copie du CARNET DE SANTE ET remplir le tableau ci-dessous :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	SELON l'âge Vaccins recommandés ou obligatoires	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		B.C.G.	
Coqueluche		Autres (préciser)	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

Angine	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rubéole	Varicelle	Rhumatisme Articulaire Aigu	Rougeole	Scarlatine
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Indiquer **les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

.....

.....

P.A.I.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant. Il doit ensuite être transmis au Service Enfance-Jeunesse de la commune de MORBIER, qui le transmettra aux services municipaux concernés (restauration, accueil collectif) et à la direction de l'école Primaire de Morbier

> Joindre la copie du P.A.I.

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....

.....

.....

MÉDECIN TRAITANT : Indiquer NOM, TÉLÉPHONE et lieu d'exercice

.....

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des services d'accueil collectif de la commune de MORBIER à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Rappel du NOM et Prénom de l'enfant :

Date et SIGNATURE du responsable légal :