CIAS Haute Maurienne Vanoise
Pôle Enfance Jeunesse

Siège social :
Maison Cantonale – 9 Place Sommeiller
73500 MODANE www.cchautemaurienne.com
Standard : 04.79.05.10.54

Contact administratif pôle enfance jeunesse :
Caroline GROS
Mail : c.gros@cchmv.fr
Tèl : 06.70.57.05.57

FICHE SANITAIRE DE LIAISON– 2025/2026

Arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueils de loisirs – Document confidentiel

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE : …../…../…….. **Garçon ☐ Fille ☐**

POIDS : **TAILLE :** **au (date)** (I*nformations nécessaires d'urgence)*

VACCINATIONS : Joindre **obligatoirement** une photocopie du carnet de santé de votre enfant pour la date du dernier rappel du vaccin DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio).
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

TRAITEMENTS MEDICAUX : L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? 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).* En cas de traitement médical en cours d'année, merci de prendre contact avec la personne en charge des inscriptions. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

ALLERGIES : **Alimentaires :** Oui ☐ Non☐ **Médicamenteuses :** Oui ☐ Non ☐ **Autres :** Oui ☐ Non ☐

Si oui :

- Cause(s) de l'allergie :
- Signes évocateurs :
- Conduite à tenir :

Joindre **obligatoirement** une copie du PAI (Plan d'Accueil Individualisé) signé avec l'établissement scolaire.

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE : Végétarien ☐ Sans Viande ☐ Sans porc ☐

DIFFICULTÉS DE SANTÉ, ANTECEDENTS *(maladies, accident, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates)* ou **SUIVIS MEDICAUX, PSYCHOLOGIQUES EN COURS**, et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ou autre ?
Merci de préciser :

RESPONSABLES LEGAUX

	NOM / PRENOM	TEL PORTABLE	TEL DOMICILE	TEL TRAVAIL
RESP.LEGAL 1				
RESP.LEGAL 2				

NOM ET TELEPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné ***responsable légal de l'enfant*** *:*

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire et/ou extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature :**