



CIAS Haute Maurienne Vanoise

Pôle Enfance Jeunesse

SIEGE SOCIAL :

Maison Cantonale - 9 Place Sommeiller - 73500 Modane
www.cchautemaurienne.com
Standard : 04.79.05.10.54

CONTACT ADMINISTRATIF POLE ENFANCE JEUNESSE :

Caroline Gros.
Mail : c.gros@cchmv.fr
Tel : 06.70.57.05.57

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – 2023/2024

Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueils de loisirs - Document confidentiel

NOM : _____ **DATE DE NAISSANCE :** _____
PRENOM : _____ **Garçon** **Fille**
POIDS : _____ **TAILLE :** _____ **AU (Date)** _____ (Informations 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, ? Précisez :

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 : _____