



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 – 2026/2027

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

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Garçon Fille

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

Mesurés le : ____ / ____ / _____

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé de votre enfant indiquant la date du dernier rappel du vaccin **DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)**.

Si l'enfant ne bénéficie pas des vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? Oui Non

Si oui, préciser :

Si oui : Joindre une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine, étiquetés au nom de l'enfant et accompagnés de leur notice).

En cas de traitement médical débuté en cours d'année, merci de prendre contact avec la personne en charge des inscriptions. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES

- Alimentaires : Oui Non
- Médicamenteuses : Oui Non
- Autres : Oui Non

Si oui, préciser :

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 et le médecin.

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE

- Végétarien
- Sans viande
- Sans porc

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET SUIVIS EN COURS

(Maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducation en précisant les dates, suivis médicaux ou psychologiques, précautions particulières à prendre)

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il :

- Lentilles
- Lunettes
- Prothèses auditives
- Prothèses dentaires
- Autre : _____

Précisions :

RESPONSABLES LÉGAUX

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

MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin : _____

Téléphone : _____

AUTORISATION ET DÉCLARATION

Je (nous) soussigné(ons), _____ responsable(s) légal(aux) 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 les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / _____

Signature(s)