



ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS A TOUËT SUR VAR

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNEE 2024-2025

Fiche individuelle et confidentielle, de renseignements médicaux

ATTENTION *cette fiche est valable 1 an*

Ne pas la refaire à chaque vacances

REPLISSEZ-LA AVEC BEAUCOUP DE SOIN.

TOUTE MODIFICATION SURVENANT EN COURS D'ANNEE DOIT ETRE SIGNALÉE

1 - L'ENFANT : Sexe : F M NOM : Prénom : Né(e) le :à.....

2 - PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT :

NOM : Mère Père Tuteur Tutrice

Prénom

Adresse du domicile :

Commune :Adresse email :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél travail :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. Travail :

Personne à prévenir en cas d'urgence :Tél :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

3 - AUTORISATIONS PARENTALES : (rayer les mentions inutiles)

En cas d'accident, j'autorise l'équipe de direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux ou chirurgicaux) jugés nécessaires par le médecin : OUINON

4 – Mon enfant ne mange pas de viande : OUI..... NON

5 - Mon enfant sait nager : OUI.....NON

J'autorise la pratique de toutes les activités physiques : OUI.....NON

A l'exception de

J'autorise que mon enfant soit pris en photo : OUI.....NON

J'autorise l'ACM de Touët-sur-Var à utiliser ces photos (presse, site, Internet : OUI.....NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'accueil collectif de mineur : OUI.....NON

6 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : (1) rayer les mentions inutiles

A-t-il eu les maladies suivantes (1) :

ROUGEOLE
OREILLONS

OUI-NON.
OUI-NON.

VARICELLE
ANGINE

OUI-NON
OUI-NON

RUBEOLE
OTITES

OUI-NON.
OUI-NON.

SCARLATINE
ASTHME

OUI-NON
OUI-NON

A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE	OUI-NON
MEDICAMENTEUSE	OUI-NON
ASTHME	OUI-NON
AUTRE	OUI-NON

Si oui précisez la cause de l'allergie, les conséquences possibles (asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma...) et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Précautions à prendre : Par rapport aux difficultés de santé signalées (régime alimentaire spécifique par exemple)

Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour la scolarité : Oui - Non. Si oui, fournir la copie

7 - L'ENFANT DOIT-IL SUIVRE UN TRAITEMENT À L'ACCUEIL DE LOISIRS : Oui - Non (1)

Signature des parents obligatoire

CERTIFICAT MEDICAL :

Cachet ou Nom, adresse du Médecin

Date et signature :

La Loi 78-17 du 5 Janvier 1978 relative à l'informatique des fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident.... (Les indiquer en précisant les dates)

8 - VACCINATIONS

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

9 - AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèse dentaire...) Si oui, lequel :

Dans ce cas, il est impératif de joindre l'ordonnance valide en vigueur et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice, ainsi qu'au besoin, une lettre explicative signée et datée.

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

- déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le responsable de l'accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

- m'engage à informer par écrit le centre de toute modification pouvant intervenir en cours d'année.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune

Il ou elle ne présente aucun signe contre-indiquant la pratique des activités sportives (air, montagne, mer). Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse.

Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Il ou elle est apte à fréquenter un Accueil collectif de mineurs.

Observations éventuelles

Date :

Tampon et Signature du médecin