

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Article 30 délibération n°9/CP du 3 mai 2005 relative à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires et des temps de loisirs)

Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement. Cette fiche constitue un modèle des renseignements à collecter.

J'attire votre attention sur l'importance de disposer de renseignements exacts et complets qui seront transmis aux personnels de santé dans le cas d'une intervention d'urgence sur votre enfant. Des renseignements exacts et complets contribuent à sauver des vies.

## Centre de vacances et de loisir LES PIROGUIERS DU MONT-DORE

Date d'émission de la fiche : .....

Nom de l'Enfant.....

Prénom.....

Date de naissance .....

Sait-il nager ?  Oui  Non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

\_\_\_\_\_

**RAPPEL : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui proposent des activités à environnement spécifique.**

### I. Vaccinations

L'enfant est-il scolarisé ? **Oui** o **non** o

Si oui, dans quelle école ? \_\_\_\_\_ Si non, attestez-vous que votre enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires ? **Oui**  **Non**

(Au sens des articles 2 à 12 de la délibération n°21/CP du 4 mai 2006 relative aux vaccinations et revaccinations contre certaines maladies transmissibles) Ces rubriques ne sont pas obligatoires s'il est fourni un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires. La présente fiche remplie, signée et datée vaut attestation sur l'honneur du responsable légal du mineur (voir 1\*).

### II. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

<b>Varicelle</b> Oui Non	<b>Cardiaque</b> Oui Non	<b>RAA</b> Oui Non	<b>Crise d'épilepsie</b> Oui Non	<b>Allergie</b> Alimentaire Médicamenteuse Autre.....
<b>Convulsions</b> Oui Non	<b>Otites</b> Oui Non	<b>Asthme</b> Oui Non	<b>Diabète</b> Oui Non	

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_. Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. : Précisez.

\_\_\_\_\_

**III. Recommandations des parents**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas d'allergies

\_\_\_\_\_

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Non  Oui  Si oui, lequel ? Est-il capable de gérer sa pathologie (2\*) ?

\_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez impérativement joindre l'ordonnance au nom de l'enfant qui devra être explicite et impérativement. Fournir le(s) médicament(s) ordonnancé(s) dans son/leurs emballage(s) d'origine. Le responsable sanitaire du centre en a la charge.

L'enfant mouille-t-il son lit ? **Non**  **Occasionnellement**  **Oui**  S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? **Non**  **Oui**

**IV. Tuteur légal de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (où l'on peut vous joindre pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_ (1\*)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom prénom) tuteur légal de l'enfant

\_\_\_\_\_ (nom, prénom de l'enfant) déclare exacts et à jour les renseignements portés sur cette fiche et avoir été informé sur l'importance de remplir convenablement la présente fiche. J'autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin.

J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

(2\*) La gestion autonome de sa pathologie par un mineur accueilli dans un CVL ne dégage en aucun cas, le responsable sanitaire et le directeur dudit CVL, de leurs responsabilités vis-à-vis du suivi sanitaire du mineur concerné.

**Date :**

disposer la mention « lu et approuvé »

Signature du tuteur légal de l'enfant :

Partie réservée au directeur du centre pour noter des incidents – des difficultés ... rencontrées avec l'enfant :

**CONFIDENTIEL**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....