



## POLE FAMILLE SOLIDARITE – ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS FICHE SANITAIRE DE LIAISON- 6 juillet 2020-6 septembre 2021

### L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE

NOM ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARCON  FILLE

ADRESSE FAMILIALE : .....

① Mère : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

① Père : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

### VACCINS OBLIGATOIRES

- J'ATTESTE QUE MON ENFANT A BIEN RECU SES VACCINS OBLIGATOIRES  
(joindre copie du carnet de vaccination avec les premières injections obligatoires)
- SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, joindre un certificat médical de contre-indication.

NOM-TEL-VILLE DU MEDECIN TRAITANT .....

**RECOMMANDATIONS UTILES** : tout ce qui peut aider l'équipe d'animation à accompagner votre enfant dans tous les temps de sa vie en accueil de loisirs et/ou en séjours :

- TRAITEMENT MEDICAL OCCASIONNEL : joindre une **ordonnance de moins de 3 mois avec les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice) marqués au nom de l'enfant dans une trousse fermée.**

**REGIME ALIMENTAIRE (pris en charge en restauration collective) :**

- SANS PORC  SANS VIANDE Les autres régimes type intolérance doivent être renseignés au dos.

**Je soussigné(e)**, .....,  
**responsable légal de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise **également**, si nécessaire, le directeur à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| ACTUALISE ET CERTIFIE EXACT<br>LE (DATE) |  |  |  |  |
| SIGNATURE                                |  |  |  |  |

# DIFFICULTES DE SANTE - RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES DES PARENTS ET/OU PAI

Avec l'accord de la famille, toute information pouvant être utile à la prise en charge de l'enfant sera jointe au projet.

## L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE :

Nom ..... Prénom : .....

**PAI PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE** BO N°34 du 18/09/03  
Il doit être adapté à chaque pathologie et n'inclut que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Le PAI de l'école peut être accepté. **C'est un contrat à remplir avec la famille dès que le médecin préconise un traitement régulier.**

**DIFFICULTES DIVERSES - RECOMMANDATIONS DES PARENTS POUR UNE PRISE EN CHARGE, UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE**

**Trouble de la santé :** .....

**Régime alimentaire** (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie) :

Conséquences : .....

**Signes permettant de repérer le problème :**

Coordonnées du médecin/infirmier qui suit l'enfant (dans le cadre de sa pathologie) :

Si des soins sont réguliers, lieux/heures/jours :

Service hospitalier de référence : .....

Autres informations à connaître : .....

**DIFFICULTES - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :** elles nous permettent d'accueillir l'enfant avec sa singularité. Merci de nous permettre de mieux le connaître en nous précisant ses habitudes, craintes, rythme, ce que vous estimez qu'il serait bon de savoir pour pouvoir nous adapter.

**Quelles sont les particularités de votre enfant ?**

**BESOINS SPECIFIQUES** (aménagement, trousse d'urgence, isolement, aides diverses...) :

**Comment nous y prendre, quels conseils donneriez-vous à l'équipe d'animation ?**

## Prise en charge médicamenteuse :

Traitement médical (à la maison ou en dehors des horaires d'accueil) : .....

Doit-on en administrer un durant l'accueil collectif de mineurs (**avec ordonnance**) : .....

Nom du médicament et de son générique : .....

Quand ? A quel moment de la journée ? A quelle occasion ? Après quels signes ? : .....

Conseils pour nous aider à l'administrer : .....

## PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE :

Signes d'appel/symptômes visibles : .....

Signes de gravité - mesures à prendre dans l'attente des secours : .....

Conduites à tenir : .....

*A actualiser dès que des modifications sont utiles.*

Contractualisé le ..... / ..... / .....

Le parent ou le responsable légal :

Un représentant du Pôle Famille Solidarité :

Un personnel de santé (médecin pour PAI) :