



## POLE FAMILLE SOLIDARITE – ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS FICHE SANITAIRE DE LIAISON- 7 juillet 2021 – 2 septembre 2022

NOM DE L'ENFANT ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARCON  FILLE

ADRESSE FAMILIALE : .....

① Resp.légal 1 : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

① Resp.légal 2 : 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 une attestation médicale

- 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.

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS POUR UNE PRISE EN CHARGE, UN ACCOMPAGNEMENT

**ADAPTE** : 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 ?**

Les échanges verbaux entre vous et le directeur sont le meilleur moyen de connaître votre enfant : n'hésitez pas à prendre ce temps-là.

Tournez la page et signez au verso, svp

# 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.

NOM DE L'ENFANT.....PRENOM :.....

## 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.**

**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 : .....

### 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.*

**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** l'équipe pédagogique à apporter les soins de 1ers secours et contacter les services d'urgence.

**J'accepte que les données sanitaires de mon enfant soient conservées et scannées par la collectivité.**

**Date :**

**Signature :**

ACTUALISE ET CERTIFIE EXACT LE (DATE)		
SIGNATURE		