

## POLE FAMILLE SOLIDARITE – ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS FICHE SANITAIRE DE LIAISON- 8 juillet 2022 -7 septembre 2023

### L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

ADRESSE FAMILIALE : .....

☎ Mère : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

☎ 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 .....

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 regimes type intolérance doivent etre renseignés au dos.

**Je soussigné (e),**....., **responsable légal de l'enfant,** déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

En cas d'urgence et sur décision du corps médical, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'établissement de santé (hôpital, clinique ...) le plus proche. La famille est immédiatement avertie. Par conséquent, les collectivités se réservent le droit d'appeler un médecin de leur choix ou à faire appel aux services hospitaliers en cas d'urgence. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagner de sa famille.

Date :

Signature :

**POLE FAMILLE SOLIDARITE - ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS  
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 ADAPTEE :**

Elles nous permettent d'accueillir l'enfant avec sa singularité. N'hésitez pas à nous faire part de son « fonctionnement » pour tenter de nous adapter. Merci de nous permettre de mieux le connaître en nous précisant ses habitudes, craintes, rythme, ce que vous estimez qu'il serait bon de avoir pour pouvoir nous adapter.

**Quel est le trouble de la santé :**

.....  
.....  
.....

**L'enfant a-t-il un régime alimentaire** (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie) :

Lesquels : .....  
Quelles conséquences : .....

**Quels sont les 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, nous dire les lieux / heures / et jours) : .....

**Quel sont les particularités de votre enfant et quels conseils donneriez-vous à l'équipe d'animation :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Prise en charge médicamenteuse :**

Quel traitement médical l'enfant prend la maison ou en dehors des horaires d'accueil :

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

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

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

.....  
Avez-vous un conseil pour nous aider à l'administrer .....

**Signes de gravité/Mesures à prendre dans l'attente des secours :**

.....  
**PROCOLE 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.** Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document.

SIGNATAIRES	Le parent ou le responsable légal :	Un représentant du Pôle Famille Solidarité :	Un personnel de santé (médecin pour PAI) :
-------------	-------------------------------------	--	--

« Les informations recueillies par le biais de cette fiche de inscription sont enregistrées et nous permettent de prendre en compte les éléments de santé liés à votre enfant dans le cadre de l'accueil collectif des mineurs. La base légale du traitement est l'exécution d'une mission de service public et une obligation légale reposant sur l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles. L'intervention d'urgence de Bièvre Isère Communauté ou des collectivités sur votre enfant repose quant à elle sur la base légale suivante : sauvegarde des intérêts vitaux.

Les données sont conservées 1 an sur support papier et numérique et sont transmis seulement aux services concernés au sein de Bièvre Isère Communauté. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation au traitement, d'effacement, de portabilité, de déréférencement et d'un droit à la mort numérique. Pour en savoir plus sur l'utilisation de vos données et sur vos droits issus de la Loi Informatique et Libertés ainsi que du RGPD, veuillez consulter notre politique de protection des données ou contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO/DPD) à l'adresse suivante : rgpd@bievre-isere.com ».