



# ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

## « LES MARCASSINS »



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

COLLEZ ICI UNE  
PHOTO RÉCENTE  
DE VOTRE ENFANT

**ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant; Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

*Elle sera détruite à la fin de chaque année scolaire (vacances d'été) et vous devrez la remplir à nouveau pour l'année scolaire suivante (vacances de Toussaint).*

**VACCINATIONS :** Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre les certificats médicaux de contre-indication.

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oreillons:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Otite:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Rougeole:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scarlatine :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**ALLERGIES et DIFFICULTÉS DE SANTÉ :**

Asthme:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Alimentaire:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une de ces réponses, précisez :

.....  
.....

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé?)  Oui  Non

*Un PAI doit être signé par la directrice de l'établissement, par le médecin scolaire et le Maire de Jouy-le-Potier. Le PAI doit être renouvelé chaque année.*

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation) dates et précautions à prendre :

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

**INFORMATIONS DIVERSES :**

Recommandations utiles des parents (verres de contacts, lunettes, prothèses auditives, dentaires ...):

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

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

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

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (RESPONSABLE DE L'ENFANT) :**

NOM : .....Prénom : .....

Adresse (pendant le séjour) :

.....

Code Postal : .....Ville : .....

Téléphone (Domicile): ..... Téléphone (Portable) : .....

Téléphone (Professionnel) : .....

Nom et Téléphone du Médecin Traitant (Facultatif) :

.....  
.....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :