

## FICHE SANITAIRE de LIAISON PÔLE ENFANCE ERCE EN LAMÉE ANNÉE 2023 / 2024

**NOM DU MINEUR :**

**PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**SEXE : M F**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles (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).

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids :

Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Le mineur suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES :**

Si oui, dans tous les cas suivants, merci de vous rapprocher du responsable du Pôle Enfance afin d'établir un *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*. Joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES (Animaux, plantes, pollen) Oui Non

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui Non

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

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Le mineur présente-t-il un régime alimentaire particulier :

SANS PORC  SANS VIANDE

INTOLÉRANCE LÉGÈRES (*Sans certificat médical*)

Si oui à préciser :

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

AUTRES :

*Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie,...*

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

**4. RESPONSABLE DU MINEUR**

**NOM** ..... **PRÉNOM** .....

**ADRESSE :**

.....  
.....

**TEL. DOMICILE :** .....

**PORTABLE PARENT 1 :** ..... **PORTABLE PARENT 2 :** .....

**TEL. TRAVAIL P1 :** ..... **TEL. TRAVAIL P2 :** .....

**NOM et TEL. du MÉDECIN TRAITANT :** .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du Pôle Enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :