

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : _____

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : _____

N° de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _____

VACCINATIONS : Joindre obligatoirement les photocopies des vaccinations du carnet de santé ou un certificat médical attestant que l'enfant est à jour pour ses vaccins conformément à l'article R-3111-8 du code de la santé publique.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR :

- **P.A.I. (Projet d'accueil individualisé).** Dossier P.A.I. Ville à retirer auprès des accueils mairie ou des accueils péri et extrascolaires.

Un P.A.I. est obligatoire en cas de maladie chronique, de handicap, d'allergies alimentaires, etc..., pour tous les temps d'accueil de votre enfant (scolaire et/ou périscolaire).

- **Votre enfant est-il concerné par un P.A.I. ? :** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, en informer obligatoirement le responsable de structure et fournir le P.A.I. (Projet d'accueil individualisé, rédigé avec le médecin traitant) et le traitement associé. En cas d'absence de P.A.I., aucune mesure spécifique ne pourra être prise.

Allergies et maladies suivantes nécessitant le PAI obligatoire :

Asthme ☐ Oui ☐ Non	Allergies alimentaires ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ _____	Allergies médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ _____	Autres maladies / allergies ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ _____
--	---	--	--

Dans le cas d'allergies alimentaires nécessitant la prise de médicaments en cas d'urgence, un P.A.I. doit être obligatoirement remis : un panier-repas et/ou un goûter doivent être fournis par la famille (une tarification spécifique sera appliquée).

- Allergies ne nécessitant pas de P.A.I. Obligatoire :

.....

➤ **RECOMMANDATIONS UTILES COMPLÉMENTAIRES :**

L'enfant porte : ☐ des lunettes ☐ des lentilles ☐ des prothèses ☐ autres

Si l'enfant ne peut pas pratiquer certaines activités sportives : joindre un certificat de contre-indication.

- ☐ Je souhaite que mon enfant **bénéficie du plat de substitution**, lorsque du porc est prévu au menu :
- ☐ OUI ☐ NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (appel des secours, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à Saint-Michel-sur-Orge, le _____

Signature du responsable légal