

# Accueils de loisirs

## Fiche sanitaire de liaison 2024



Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs du Code de l'Action Sociale et des Familles

EN FANT  Garçon  Fille Né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

**Joindre obligatoirement la copie des vaccinations obligatoires à jour**

Allergies alimentaires, médicamenteuses, autres (si oui, préciser laquelle et la conduite à tenir) :

.....  
.....

*Pour tout traitement en cours, veuillez joindre l'ordonnance, le protocole à suivre, et les médicaments dans leur emballage d'origine, le tout dans une boîte marquée au nom de l'enfant. Un rendez-vous avec l'équipe d'animation **est fortement recommandé** avant le premier jour d'accueil.*

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, régimes alimentaires...)

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

Y a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) avec l'établissement scolaire de l'enfant ?

Oui                       En cours l'élaboration                       Non

Votre enfant a-t-il une reconnaissance de handicap par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

Oui                       En cours l'élaboration ou d'instruction                       Non

**Si oui**, pour permettre un bon accueil de votre enfant, **il sera obligatoire** de tenir le personnel de l'accueil de loisirs informé et de fournir la copie du document associé.

ATTESTATION À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
SINÉCESSAIRE

Organisateur : COMMUNAUTE DE COMMUNES PAYS DE FONTENAY VENDEE – 16, RUE DE  
L'INNOVATION – 85200 FONTENAY-LE-COMTE

Nom et prénom du directeur de l'accueil de loisirs : .....

Observations : .....

.....

HOSPITALISATION D'URGENCE (obligatoire et demandée par le personnel  
hospitalier)

Je soussigné (e) .....

Responsable légal de l'enfant :

.....

Déclare accepter toute intervention prise en charge par l'hôpital en cas d'urgence et par les services de transport d'urgence (pompiers, samu, etc.)

Mention manuscrite « Lu et approuvé » :      Date :

.....

Signature :