

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :
DATE DE NAISSANCE : SEXE : ☐ M ☐ F
NOM DU SEJOUR : DATES : du au

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances).

1-VACCINATION (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES	VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche		Haemophilus influenzae b	
Rougeole, oreillons, rubéole		Infections à pneumocoque	
Hépatite B		Méningites A, B, C, W, Y (selon l'âge)	

Conformément à la réglementation, **aucun enfant non à jour de ses vaccinations obligatoires ne pourra être accepté sur le lieu du séjour** (pas d'admission provisoire autorisée). Le remplissage de ce tableau ne remplace pas l'obligation légale. Vous devez impérativement joindre **la copie du carnet de santé de l'enfant (ou une attestation médicale)**.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)
L'enfant aura-t-il un **traitement médical** à suivre pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non
Si oui, précisez :

Important : les médicaments doivent être remis à l'Assistant Sanitaire dans leur boîte d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant, accompagnés obligatoirement de l'ordonnance médicale originale.

PAI : L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ oui ☐ non

Allergies :

☐ Asthme
☐ Allergie alimentaire :
☐ Allergie médicamenteuse :
☐ Autre allergie (animaux, pollen, plantes...) :
Conduite à tenir / Symptômes en cas de crise :

Régime alimentaire : ☐ Sans contrainte

☐ Sans viande ☐ Végan ☐ Végétarien ☐ Sans gluten ☐ Sans porc
☐ Autres :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Besoins spécifiques & accompagnement :

Afin de garantir un accueil de qualité et sécurisé, merci de nous signaler tout aménagement nécessaire à la vie quotidienne ou aux activités de votre enfant.

Votre enfant nécessite-t-il des aménagements spécifiques pour le séjour (aide humaine pour certains actes de la vie quotidienne, régulation de la fatigabilité/humeur, rituels spécifiques, TDAH, troubles du comportement.....) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de préciser les besoins opérationnels pour l'équipe d'animation :

Nous vous recommandons de joindre en annexe, tout projet d'accompagnement ou guide de vie rédigé par vos soins pour aider notre équipe.

L'enfant présente-t-il des contre-indications ou des restrictions à la pratique de certaines activités physiques ou sportives ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (appareil auditif, difficultés de sommeil, énurésie ...)

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM et prénom

Adresse :

Téléphone :

Responsable n°2 : NOM et prénom

Adresse :

Téléphone :

NOM et téléphone du médecin traitant :

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

Réglementation de la protection des données (RGPD)

Je soussigné(e) autorise le traitement et la diffusion des données personnelles de mon enfant, pour les besoins du séjour, et notamment aux membres de l'équipe encadrante ou aux différents prestataires (hébergeur, service de restauration, prestataires médical...). Je suis informé(e) de mon droit d'accès, de modification, de rectification et d'effacement de mes données personnelles. Ce droit s'exerce auprès du responsable de traitement. Pour exercer ce droit, j'ai pris connaissance des conditions mentionnées sur la page : <https://www.adav-vacances.com/page/dynamique/donnees-personnelles>

Date : **Signature (obligatoire):**