

## Accueil collectif de mineurs

Direction départementale  
de la cohésion sociale  
et de la protection des populations  
de la Nièvre

### Fiche sanitaire de liaison

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant, sous enveloppe cachetée. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : --/--/----

Sexe : F / G

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile : ----- Travail : ----- Téléphone portable : -----

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile : ----- Travail : ----- Téléphone portable : -----

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile : ----- Travail : ----- Téléphone portable : -----

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile : ----- Travail : ----- Téléphone portable : -----

**Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure**

Assurance responsabilité civile : (si possible joindre attestation ou justificatif)

Compagnie : .....

Numéro d'adhérent : .....

## Renseignements sanitaires

### Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.  
A défaut, remplir le document ci-joint ou fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

\*

### Indiquez ci dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

#### Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

-----  
-----  
-----

#### Conduite a tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation.....port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

-----  
-----  
-----

#### Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)

si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**.

Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

-----  
-----  
-----

#### Allergies médicamenteuses connues :

-----  
-----

### Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant Contactez le responsable de la structure d'accueil

\*

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

A l'attention des responsables légaux

Coordonnées de l'organisateur : -----  
-----

Téléphone : ----- Téléphone portable : -----

Personne à joindre : -----