FICHE SANITAIRE DE LIAISON					
L'ENFANT OU L'ADOLESCEN	IT CONCERNE				
NOM		.PRENOM:			
DATE DE NAISSANCE :	GARCON	FILLE			
ADRESSE FAMILIALE :					
①Mère : Domicile :	Portable :	Travail :			
①Père : Domicile :	Portable :	Travail :			
(joindre copie du carnet de vacc	A BIEN RECU SES VACCINS OF A BIEN RECU SES VACCINS OF Ination avec les premières injection CCINS OBLIGATOIRES, joindre ur				
NOM-TEL-VILLE DU MEDECII	N TRAITANT				
RECOMMANDATIONS UTILE: tous les temps de sa vie en accueil		e d'animation à accompagner votre enfant dans			
		nce de moins de 3 mois age d'origine avec la notice) marqués au			
REGIME ALIMENTAIRE (pris en		e intolérance doivent etre renseignés au dos.			
responsable de l'Accueil Collectif	déclare exacts les renseigne de Mineurs) à prendre, le cas gicale) rendues nécessaires p	ements portés sur cette fiche et autorise le échéant, toutes mesures (traitement médical, ar l'état de l'enfant. J'autorise également , si			

Signature :

Date:

Avec l'accord de la famille, toute information pouvant être utile à la prise en charge de l'enfant sera jointe au projet. L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE :Prénom : **DIFFICULTES DIVERSES - RECOMMANDATIONS DES PARENTS** PAI PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE BO N°34 du 18/09/03 POUR UNE PRISE EN CHARGE, UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE Il doit être adapté à chaque pathologie et n'inclut que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Le PAI de l'école peut être accepté. C'est un contrat à remplir avec la famille dès que le médecin préconise un traitement régulier. **DIFFICULTES - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :** Trouble de la santé :..... elles nous permettent d'accueillir l'enfant avec sa singularité. Merci de nous permettre de mieux le connaitre en nous précisant ses habitudes, craintes, rythme, ce que vous estimez qu'il serait bon de savoir pour pouvoir nous Régime alimentaire (selon la prescription du médecin qui suit Quelles sont les particularités de votre enfant? 'enfant dans le cadre de sa pathologie): Conséquences : Signes permettant de repérer le problème : Coordonnées du médecin/infirmier qui suit l'enfant (dans le cadre de sa pathologie): Si des soins sont réguliers, lieux/heures/jours : BESOINS SPECIFIQUES (aménagements, trousse d'urgence, isolement, aide diverses...) : Comment nous v prendre, quels conseils donneriez-vous Service hospitalier de référence :.. à l'équipe d'animation? Autres informations à connaitre : .. Prise en charge médicamenteuse : Traitement médical (à la maison ou en dehors des horaires d'accueil):..... Doit-on en administrer un durant l'accueil collectif de mineurs (avec ordonnance) :... Nom du médicament et de son générique:..... Quand ? A guel moment de la journée ? A guelle occasion ? Après guels signes ? :. Conseils pour nous aider à l'administrer : PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE : Signes d'appel/symptômes visibles :...... Signes de gravité - mesures à prendre dans l'attente des secours :..... A actualiser dès que des modifications sont utiles. Contractualisé le /....../...... Le parent ou le responsable légal : Un représentant du Pôle Famille Solidarité : Un personnel de santé

(médecin pour PAI) :