



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 – VACCINATIONS

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccination.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil de Loisirs ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente ainsi qu'une **décharge** du responsable légal, et les **médicaments** correspondants (*Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRE

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non

Si Oui, joindre obligatoirement le protocole et toutes informations utiles.

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Attention : fournir obligatoirement justificatif médical décrivant précisément l'allergie et la conduite à tenir (éviction de l'aliment, tenir loin des animaux ...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour info, si l'allergie alimentaire concerne :

- Une éviction simple de l'aliment : il n'y aura pas de substitution de l'aliment
- la cuisine centrale installée sur le site de l'ALSH, a la possibilité de fournir des repas adaptés pour certains enfants ayant des troubles de santé, uniquement dans le cadre d'un PAI (Projet d'Accompagnement Individualisé) validé.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : Oui Non

Si oui, précisez :

AUTRES RECOMMANDATIONS (ex : qualité de peau, crème solaire, bonnet de bain) :

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

.....

TÉL. PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :