



# 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 (éviiction 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 :