

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A.L.A.E – MERCREDIS  
ALSH**

## L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

TAILLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR ACCUEILLIR  
VOTRE ENFANT DANS LES MEILLEURES CONDITIONS DANS NOS DIFFERENTS ACCUEILS

**TOUTES CES INFORMATIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES**

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**REmplir le tableau et fournir les photocopies des vaccins**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON
			<i>(Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de janvier 2018)</i>		
DIPHTERIE			HEPATITE B		
TETANOS			RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE		
POLIOMYELITIS			COQUELUCHE		
<u>OU</u> DT POLIO (diphtérie, tétanos, polio)			MENINGOCOQUE DE SEROGROUPE C		
<u>OU</u> TETRACOQ (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche)			INFECTIONS INVASIVES A HAEMOPHILUS		
BCG			COVID 19 (depuis 2021 pour les + 12 ans)		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'A.L.A.E à l'ALSH ou à la garderie du  
mercredi ? OUI  NON

Si votre enfant a besoin de prendre un traitement médical dans la journée joindre une ordonnance  
récente, les médicaments correspondants + une autorisation parentale.

(Boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCE**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AUTRE (préciser) : .....				

**ALLERGIES** : MEDICAMENTEUSES OUI  NON  ALIMENTAIRE OUI  NON   
ENVIRONNEMENTALE OUI  NON  AUTRES (préciser) : .....

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

**REGIME ALIMENTAIRE** : OUI  NON

Précisez : .....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours OUI  NON  (joindre le protocole et/ou toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE**

.....

**1- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI  NON

DES LUNETTES : OUI  NON  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHESES AUDITIVES : OUI  NON  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHESES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI  NON  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

**AUTRES RECOMMANDATIONS IMPORTANTE**

.....

**2- MEDECIN TRAITANT**

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT** : .....

**3- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse.....

☎ (domicile) : ..... ☎ (portable) : .....

☎ (lieu de travail) : .....

Coordonnées et numéro de téléphone d'une personne à contacter si les parents ne sont pas joignables :

NOM et Prénom : ..... ☎ : .....

**4- AUTORISATION**

J'autorise mon enfant à participer à des activités physiques en dehors des jeux proposées par l'équipe d'animation : OUI  NON  Si non précisez : .....

**En cas d'accident ou de maladie, la directrice de l'ALSH ou un membre de l'équipe d'animation s'engage à prévenir les parents, le plus rapidement possible.** En cas de nécessité, après avis médical (cabinet médical ou un médecin régulateur du SAMU), la directrice ou un membre de l'équipe d'animation pourront être amenés à faire venir les pompiers ou le SAMU

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice 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 :