

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE - MERCREDIS -ALSH

L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON ☐

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 (Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de janvier 2018)	OUI	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON
DIPHTERIE			COVID 19		
TETANOS			ROTAVIRUS		
COQUELUCHE			HPV		
POLIOMYELITIS			GRIPPE		
INFECTIONS INVASIVES A HAEMOPHILUS (Hib)			ZONA		
HEPATITE B			VRS		
PNEUMOCOQUE			BCG		
RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE			Autre(s) :		
MENINGOCOQUES ACWY (enfants nés à partir de 2025)					
MENINGOCOQUE B (enfants nés à partir de 2025)					

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'accueil périscolaire 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 DONNÉ SANS ORDONNANCE

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

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	ASTHME OUI ☐ NON ☐
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 : ☎ :

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.

*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 :