

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A.L.A.E – 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

1- 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				

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

2- 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

3- 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 IMPORTANTES

4- MEDECIN TRAITANT

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

5- 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 :☎ :

6- 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 :