



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2020/2021

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de l'enfant. L'ALSH en garde un exemplaire papier pour sa gestion du quotidien.

1 L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Garçon Fille Niveau scolaire :

2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Parent A : Tél port : Tél fixe : Tél prof :

Mail :@.....

Parent B : Tél port : Tél fixe : Tél prof :

Mail :@.....

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

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates du dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoque			
Autres/préciser			

Vaccins Recommandés	Dates du dernier rappel
Hépatite B	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Coqueluche	
Autres/préciser	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

<p><u>L'enfant, suit-il un traitement médical ?</u></p> <p><i>Si oui, lequel (asthme, médicamenteuses, alimentaire...) :</i></p> <p><u>En période ALSH :</u> téléchargé le formulaire d'Accueil Individualisé (P.A.I) sur le portail-familles, le compléter et le joindre.</p> <p><u>En période mini-séjour :</u> téléchargé le formulaire d'Accueil Individualisé (P.A.I) sur le portail-familles, le compléter et le joindre ou joindre une ordonnance récente 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.</p>	<p><u>Votre enfant, a-t-il déjà eu les maladies suivantes :</u></p> <p>Rubéole : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Scarlatine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Rhumatisme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Rougeole : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Articulaire aigu : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Angine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Otite : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Coqueluche : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Varicelle : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Oreillons : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
--	---

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLE LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses, etc... précisez :

Régime alimentaire :

En tant que responsable légal, J'autorise la direction de l'ALSH à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels ;

Fais à :

Le :

Nom du signataire :