



Fiche sanitaire de liaison

NOM _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Garçon • Fille •

ANNEE SCOLAIRE 2023 - 2024

Cet imprimé est à remplir et A RETOURNER IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR DES ACTIVITES au moment de l'inscription de votre enfant au centre de loisirs.
EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LE CENTRE.

Il est indispensable de nous signaler les difficultés ou problèmes rencontrés par votre enfant pour éviter de le mettre dans une situation inconfortable lors de sa venue.

De même, afin de garantir un accueil dans les meilleures conditions de l'ensemble des enfants, dès lors que votre enfant nécessite un encadrement ou une attention particulière, vous devez impérativement informer le directeur en amont des inscriptions. Ceci afin d'échanger ensemble sur nos possibilités d'accueil à travers la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

Dans ce cas, l'accueil de votre enfant au sein du centre est soumis à la mise en place de ce Projet d'Accueil Individualisé, et celui-ci doit être scolarisé en milieu ordinaire.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui 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). Dans la mesure du possible, la prise d'un traitement (antibiotiques...) se fera au domicile en amont ou après le centre de loisirs.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	AUTRES (préciser)
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, HANDICAP SENSORIEL LEGER, EPILEPSIE, MALADIE INVALIDANTE...) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

Recommandations utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, AUTRES PROTHESES, PHOBIES, ETC... PRECISEZ.

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

Responsable de l'enfant

NOM : Prénom :

Adresse

Code postal Ville

Tél. portable Tél. domicile Tél. bureau

N° de Sécurité Sociale

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas d'hospitalisation, celle-ci se fera au plus proche du lieu de l'accident.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")