

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ALSH « Les P'tits Génies de Paradis »

Médecin traitant

Nom : _____

Lieu : _____

Tel : _____

1- ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

LIEU DE NAISSANCE : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

GARÇON FILLE

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant,
Merci de nous indiquer tout changement**

2- VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autre : _____	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.
Attention, le vaccins anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si **OUI**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

➤ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Oreillons		Scarlatine	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Rhumatisme articulaire aigu			
oui	non	oui	non	oui	non	oui		non	

➤ Allergies

Asthme oui non

Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non

Autre : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

➤ **En cas de régime alimentaire spécifique, précisez :**

sans viande sans porc autre :

➤ Indiquez ci-après, **les difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises de convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

➤ **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

➤ **Baignade**

Sait nager se débrouille ne sais pas nager

➤ **Observations diverses**

4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Responsable 1	Responsable 2
Lien avec l'enfant		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone professionnel		
Portable		

Je soussigné-e, _____ et _____ responsables légaux de l'enfant, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent le responsable de l'accueil de loisirs «Les P'tits Génies de Paradis », à prendre le cas échéant, toutes mesures (examens, soins, traitement médical, admission en établissement de soin, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'accueil de loisirs « Les P'tits Génies de Paradis » à récupérer l'enfant à la sortie de l'établissement de soin.



Date :

Signature :