



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :
Adresse :	

Accueil : ALSH **Date :** du 10/07/2023 au 04/08/2023

I – Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite ou DT polio				Coqueluche			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II – Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le stage ?

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

Allergies : médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III – Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tél. domicile : Tél. travail :
Portable :
Mail :
Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

A remplir par la directrice de l'ALSH

Observations :

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

Date :

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :