

PHOTO

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie du carnet de vaccination



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

NOM du mineur :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Adresse principale :

École fréquentée :

RESPONSABLES LEGAUX


NOM et Prénom du père :

Adresse :

 Domicile : Portable :

Mail :

Employeur :

 Travail :


NOM et Prénom de la mère :

Adresse (si différente):

 Domicile : Portable :

Mail :

Employeur :

 Travail :

Contact tél supplémentaire :

J'autorise les personnes notées ci-dessous à venir chercher l'enfant le cas échéant :

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'ALSH vers le domicile :

Oui

Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie du carnet de vaccination

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

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccinations obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Allergies: ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTS oui non

AUTRES oui non

Préciser :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (*maladies, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales, rééducations, port d'appareil dentaire ou auditif...*) :

Poids :Kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, joindre (si besoin) une ordonnance (moins de 3 mois) et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). **Fournir le PAI si nécessaire.**

NOM du médecin traitant : Téléphone :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :