

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux de l'enfant qui pourront être utiles durant l'A.L.S.H.

L'ENFANT

NOM : PRENOM :
SEXE : Garçon ☐ Fille ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
ECOLE FREQUENTEE : ☐ maternelle Paulette Castel ☐ élémentaire Jean Moulin
☐ maternelle Marie Marvingt ☐ élémentaire Pierre et Marie Curie

LES RESPONSABLES DE L'ENFANT

PERE	MERE
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
.....	
.....	
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :

N° de sécurité sociale du responsable légal :

LE MEDECIN : Médecin traitant de l'enfant à contacter en cas d'urgence :

NOM : ☎ |

OBLIGATOIRE : AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN L'ABSENCE DES PARENTS OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT A LA SORTIE DES DIFFERENTS ACCUEILS PERISCOLAIRES

NOM :	Qualité :	☎
NOM :	Qualité :	☎
NOM :	Qualité :	☎
NOM :	Qualité :	☎

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement la photocopie des vaccins de l'enfant.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?
(joindre un certificat médical de contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin de l'enfant :

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

RUBEOLE Non ☐ Oui ☐	VARICELLE Non ☐ Oui ☐	ANGINES Non ☐ Oui ☐	RHUMATISMES Non ☐ Oui ☐	SCARLATINE Non ☐ Oui ☐
COQUELUCHE Non ☐ Oui ☐	OTITES Non ☐ Oui ☐	ASTHME Non ☐ Oui ☐	ROUGEOLE Non ☐ Oui ☐	OREILLONS Non ☐ Oui ☐

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /

ALLERGIE OU MALADIE

Allergie ou maladie	Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) (joindre obligatoirement le PAI ou un certificat médical)		Observations
	OUI	NON	
Asthme	☐	☐	
Médicamenteuse	☐	☐	Nom du médicament :
Maladie	☐	☐	Nom de la maladie :
Autre	☐	☐	Autre :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Régime	Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) (joindre obligatoirement le PAI ou un certificat médical)		Observations
	OUI	NON	
Sans porc	☐	☐	
Sans viande	☐	☐	
Autre	☐	☐	Nom de l'aliment :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, prothèse dentaire ...)

.....

.....

Si l'enfant suit un traitement médical, veuillez préciser :

.....

.....

(Joindre impérativement l'ordonnance médicale. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Les enfants ne doivent pas avoir de médicaments sur eux, il faut les donner à l'animateur qui gèrera le dosage et l'heure de la prise du médicament qui doit rester dans son emballage d'origine.)

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'A.L.S.H. à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Saint Nicolas de Port, le Signature :

--