

**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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	VARICELLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ANGINES Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	OTITES Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ASTHME Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	OREILLONS Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

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	OUI	NON	
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom du médicament :
Maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom de la maladie :
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre :

### REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Régime	Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) (joindre obligatoirement le PAI ou un certificat médical)		Observations		
	OUI	NON	OUI	NON	
Sans porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sans viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 :