

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

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
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)		Observations		
	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 :

Votre enfant touche-t-il l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé oui non

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Régime	Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) (joindre obligatoirement le PAI)		Observations		
	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 régulier, veuillez préciser : (information importante en cas de prise en charge des secours)

.....

.....

Aucun médicament ne sera donné par le service périscolaire hors PAI

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 :