

Fiche de liaison sanitaire

2015-2016

2016-2017

Nom Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Renseignements sur la famille

Personne responsable de l'enfant :

Nom et prénom :

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché (les) l'enfant (s).....

Numéro de téléphone portable :

Personne à contacter d'urgence :

Nom..... Tél :

Nom..... Tél :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (Tout problème particulier devra être signalé à l'animateur qui devra transmettre à sa direction)		
Nom- Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Renseignements sanitaires

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

pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
				Hépatite B	
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq					

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Maladies et allergies

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
RUBEOLE			OTITE			OREILLONS		
VARICELLE			ANGINE			SCARLATINE		
COQUELUCHE			ROUGEOLE			RHUMATISME		

Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ?

	Oui	Non	Précisions
Médicament			
Alimentaires			
Autres			

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Si oui, merci de fournir un exemplaire à la structure qui vous rencontrera pour le suivi de votre enfant.

Indiquer ci-dessus les difficultés de santé, antécédents médicaux, précautions à prendre et conduite à tenir :

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, lentilles, prothèses.....

Animations spécifiques

➤ **Piscine : Votre enfant sait-il nager ?** oui non

Remarques éventuelles sur cette activité :

Un test préalable est demandé pour les activités aquatiques et nautiques.

➤ **Activités sportives :** J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui pourraient être proposées par l'équipe d'animation.

Je soussigné (e)responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable ALSH ou HGI Voyageurs 37 à prendre toutes les mesures nécessaires (hospitalisation, traitement médical, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

2015-2016

Représentant légal de l'enfant

NOM PRENOM

Lu et approuvé

Date

Signature