



CONFIDENTIEL

ACCUEILS PERISCOLAIRES et ALSH

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

!!! À RETOURNER en MAIRIE AU PLUS TARD LE 19 juin 2020 !!!

ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: right; margin: 0;">L'ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

1 – 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, INDIQUER POURQUOI ?

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à la garderie ? Oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

A titre indicatif, L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) oui non en cours

(Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

RÉGIME SANS PORC : oui non

ASSURANCE : Nom de la compagnie..... N° police

N° d’allocataire CAF : Autorisation pour connexion au site CAFPRO : oui non

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non DES LUNETTES* : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES* : oui non DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE* : oui non

*au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

J’autorise mon enfant à être photographié (usage privé) oui non

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non
(Dans le cadre d’une sortie organisée par l’ALSH)

J’autorise mon enfant à rentrer seul de l’école : oui non

J’indique son heure de sortie :

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ET PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signatures des DEUX parents: