ALSH
« les Enfants des Sources »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2016 /2017

1 – ENFANT

NOM : ----------
Prénom : ----------

Date de Naissance : ----------
Sexe* : Garçon Fille

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant).

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

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si L'enfant suit un traitement médical au moment de l'accueil, joindre l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant)**

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

  Rubéole — Otite — Rhumatisme articulaire aigu
  Coqueluche — Angine — Oreillons
  Varicelle — Rougeole — Scarlatine

- **Allergies***: Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres……..

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)
……
……

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.
……
……

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, **souffre t-il du mal des transports** ?
……
……

5 -**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....ADRESSE……
……
Tél. fixe (et portable) du domicile : ....du bureau.....
NOM et Tél. du médecin traitant .....

Je soussigné, ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE ET SIGNATURE

***Entourer les données exactes**