

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ALSH « Les P'tits Génies de Paradis »

## Médecin traitant

Nom :

Lieu :

Tel :

## 1- ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

N° de sécurité sociale du parent :

GARÇON  FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant,  
Merci de nous indiquer tout changement

## 2- VACCINATIONS

| Vaccins obligatoires | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés          | Dates                |
|----------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|
| Diphtérie            | <input type="text"/>      | Hépatite B                   | <input type="text"/> |
| Tétanos              | <input type="text"/>      | Rubéole Oreillons Rougeole   | <input type="text"/> |
| Poliomélite          | <input type="text"/>      | Coqueluche                   | <input type="text"/> |
| Ou DT Polio          | <input type="text"/>      | BCG                          | <input type="text"/> |
| Ou Tétracoq          | <input type="text"/>      | Autre : <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.  
Attention, le vaccins anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si **OUI**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

| Rubéole    |     | Varicelle |     | Angine   |     | Oreillons                   |     | Scarlatine |     |
|------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------------------------|-----|------------|-----|
| oui        | non | oui       | non | oui      | non | oui                         | non | oui        | non |
| Coqueluche |     | Otite     |     | Rougeole |     | Rhumatisme articulaire aigu |     |            |     |
| oui        | non | oui       | non | oui      | non | oui                         |     | non        |     |

➤ Allergies

Asthme : oui  non  Médicamenteuse : oui  non  Alimentaire : oui  non

Autre :

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

➤ **En cas de régime alimentaire spécifique, précisez :**

végétarien       sans porc       autre :

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

➤ **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

➤ **Baignade**

Sait nager       ne sais pas nager

➤ **Observations diverses**

#### 4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

|                         | Responsable 1        | Responsable 2        |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Lien avec l'enfant      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone professionnel | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Portable                | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Je soussigné-e,  et  responsables légaux de l'enfant, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent le responsable de l'accueil de loisirs «Les P'tits Génies de Paradis », à prendre le cas échéant, toutes mesures (examens, soins, traitement médical, admission en établissement de soin, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'accueil de loisirs « Les P'tits Génies de Paradis » à récupérer l'enfant à la sortie de l'établissement de soin.

Date :

**Signatures obligatoires des différents détenteurs de l'autorité parentale :**

