

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON

FILLE

**VALIDITE 31 AOUT 2022**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.**

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
MÉDICAMENTEUSES : oui  non

ALIMENTAIRES oui  non   
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 DESPARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....  
.....

**5 -RESPONSABLE DEL'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE : .....

.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE) : .....

BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

*Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Directrice de l'ALSH d'Allaire, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**Date :**

**Signature :**

## **AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES**

### **LIEU D'ACCUEIL : ALSH**

Récrés du Mercredis et Vacances Scolaires & Séjours



*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.*

**NOM DE L'ENFANT :** .....

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL :** .....

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci-dessous :

- **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par L'ALSH d'Allaire.  
Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A ....., le .....

Signature :

-----

- **AUTORISATION A RENTRER SEUL(E)**

J'autorise mon enfant ( à rentrer seul(e) depuis la MDTL (Maison du temps libre), locaux de l'ALSH

Oui

Non

A ....., le .....

Signature :

-----

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Directrice de l'ALSH, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le .....

Signature :

• **AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE**

J'autorise l'ALSH de la commune d'Allaire à **photographier** dans le cadre pédagogique mon enfant (*indiquer le nom et le prénom*) ..... au cours des activités **à l'Accueil de loisirs** y compris les sorties et séjours.

J'autorise l'ALSH de la commune d'Allaire à **diffuser** les photos prises de mon enfant (*indiquer le nom et le prénom*) ..... sur ses supports de communication :  
(*Cocher les cases que vous autorisez*)

- Site Internet Communal
- Réseaux Sociaux (Facebook, Intramuros)
- Bulletin Municipal
- Presse Locale

A....., le .....

Signature :