



Fiche sanitaire de liaison

ALSH Communauté de communes Dieulefit Bourdeaux

- année scolaire 2021/2022-

Enfant : fille garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

I - Vaccinations : Votre enfant est-il à jour des vaccinations : oui non

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil : oui non

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

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire spécifique :

PAI (Projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (joindre protocole et toutes informations utiles)

Si moins de 6 ans sieste obligatoire : oui non
 Votre enfant sait-il nager ? : oui non

Pour optimiser la bienveillance de l'équipe d'animation, indiquer si besoin une information particulière pour cette période de vacances :

III - Recommandations utiles :

 Préciser si l'enfant porte :

Des lunettes : oui non Des prothèses auditives oui non

Des prothèses ou appareil dentaires : oui non

Autres recommandations :

IV - Responsables légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. domicile : travail :

Portable :

Nom : Prénom :

Tél. domicile : travail :

Portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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

Date :

Signatures :