

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS (A.L.)

**ANNÉE SCOLAIRE 2018 / 2019**

<b>A L. périscolaire du soir*</b>	<b>A. L. du mercredi matin*</b>	<b>A.L. du mercredi journée* Maternelle (3-6 ans)</b>	<b>A.L. du mercredi journée* Elémentaire (6-12 ans)</b>	<b>A.L. Passeport*</b>

<b>Ecole :</b> .....	<b>Classe :</b> .....
----------------------	-----------------------

*\*Merci de cocher la ou les cases des structures que fréquenteront vos enfants*

### L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON       FILLE

**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	
<b>Ou</b> DT polio						BCG	
<b>Ou</b> 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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**ALLERGIES :** ASTHME                      oui  non                       MÉDICAMENTEUSES                      oui  non

                         ALIMENTAIRES                      oui  non                       AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :** .....

.....

.....

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

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

VOTRE ENFANT SUIT-IL UNE ALIMENTATION SANS VIANDE DE PORC ? OUI  NON

*Nous vous demandons de bien vouloir nous informer de toute prise de médicament par votre enfant pendant sa présence à l'Accueil de Loisirs.*

*Aucun traitement médical ne pourra être administré par les animateurs ou le directeur de l'Accueil de Loisirs.*

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

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 :*

*participer aux baignades surveillées : oui  non*

*utiliser des véhicules de transports : véhicule de service et autobus de location : oui  non*

**5 –RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**MERE**

**PERE**

Nom .....

Nom .....

Prénom .....

Prénom .....

Adresse .....

Adresse .....

Tél Portable .....

Tél Portable .....

Domicile .....

Domicile .....

Bureau .....

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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence (seuls habilités à définir l'hôpital de secteur).*

Date :

Signature :