



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025



NOM DE L'ENFANT :

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM et PRÉNOM du PÈRE :
.....
.....
ADRESSE :
.....
.....
TÉL DOMICILE :
BUREAU :
TEL PORTABLE :
Mail :
.....
.....
PROFESSION :
DATE DE NAISSANCE :
LIEU DE NAISSANCE :

NOM et PRÉNOM de la MÈRE :
.....
.....
ADRESSE :
.....
.....
TÉL DOMICILE :
BUREAU :
TEL PORTABLE :
Mail :
.....
.....
PROFESSION :
DATE DE NAISSANCE :
LIEU DE NAISSANCE :

2 – ASSURANCE : joindre la photocopie de l’attestation d’assurance établie par vos soins

Nom de la compagnie:.....

N° de police :

3 – VACCINATIONS : joindre une copie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations

Vaccins obligatoires pour tous les enfants	Vaccins recommandés pour les enfants nés avant le 01/01/2018 et obligatoires pour ceux nés après cette date	Vaccins recommandés dans certaines situations
-Diptérie -Tétanos -Poliomyélite	-Coqueluche -Hépatite B -Infections à Haemophilus influenza B -Infections invasives à méningocoque du séro groupe C -Infections à pneumocoque -Oreillons -Rougeole -Rubéole	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

a) Nom et prénom du médecin traitant : Coordonnées téléphonique :

b) L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence en ALAE/ALSH? Oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** prescrite par le médecin et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments neuves marqués au nom et prénom de l'enfant dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

c) L'enfant a –t-il 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"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

d) L'enfant a-t-il eu les allergies suivantes ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES (animaux, plantes, pollen....) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....
.....

P.A.I (Projet d'accueil individualisé) OUI NON (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

DES LUNETTES : oui non prévoir un étui au nom de l'enfant + lingettes

DES LENTILLES : oui non

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

UN APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

5- AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'ALAE/ALSH (autres que responsables légaux)

1 – Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

2 – Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

3 – Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

4 – Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

❖ J'autorise la direction de l'accueil à utiliser le site de la CAF oui non

❖ J'autorise la direction de l'accueil à prendre des mesures d'urgence oui non

❖ J'autorise mon enfant (du CP au CM2) à quitter seul le bus oui non

❖ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées oui non

❖ J'autorise mon enfant à être photographié et filmé dans le cadre des activités organisées oui non

❖ J'autorise à diffuser sa photo sur le groupe fermé Facebook, dans la presse, tracts /affiches oui non

❖ J'autorise mon enfant à être maquillé : oui non

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni à la directrice de l'accueil ni à l'organisateur.

Fait à ROUBIA, le.....

Signature du représentant légal (précédée de la mention "lu et approuvé")