

**MEMENTO**  
Partie réservée à l'administration

DOSSIER COMPLET	FICHE SANITAIRE	ASSURANCE	AIDES TEMPS LIBRES		JUSTIFICATIF QF	CARNET DE SANTE
			3€	4€		



QF :	A	B	C	D	E	Prise en charge	Extérieur
------	---	---	---	---	---	-----------------	-----------

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**ALSH 2017/2018**

**1- RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT**

NOM : .....  MATERNEL

PRENOM : .....  PRIMAIRE

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

ECOLE : .....  GARDERIE (avec justificatif employeur)

N° Allocataire CAF ou MSA : ..... Droit à l'aide CAF :  OUI  NON

**2- RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT**

NOM.....PRENOM.....  
 NOM.....PRENOM.....  
 ADRESSE.....

TELEPHONE : DOMICILE : .....BUREAU : .....  
 Portable père : ..... Portable mère : .....

**Adresse email :** .....

NOM. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

N° DE SECURITE SOCIALE (couvrant l'enfant) : .....

Profession : Père : .....Mère : .....

**4- VACCINATIONS** ( se référer à la copie du carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES		OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	Pentavac				Hépatite B Engerix B HBVaxpro	
Tétanos	Revaxis					
Poliomyélite	Infanrix Quinta				ROR ( Priorix)	

Ou DT polio	Infanrix Hexa				Coqueluche (Prevenar)	
Ou Tétracoq					Autre (préciser)	
BCG						

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Tourner S.V.P ⇨

**5- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non  Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE 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 AIGÜ 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 .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....  
.....

**6- PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN L'ABSENCE DES PARENTS**

NOM, PRENOM : ..... N° TEL : .....

**7- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRECISEZ.

.....  
.....

**AUTORISATION PARENTALE**

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

J' autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées.

J'autorise mon enfant à être photographié, et la diffusion éventuelle des photos sur le site de la ville, au centre ou dans le journal local.

J'autorise mon enfant à prendre le transport proposé par la Ville

Je certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile pour l'année en cours.

BEUCAIRE, le

Signature