

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

1 – ENFANT

NOM : Prénom :
DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE
Tel parent 1 : Tel parent 2 : Tel autre personne à prévenir :
N° de sécurité sociale :

2 – VACCINATIONS

Fournir les copies des pages de vaccinations du carnet de santé **sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné. Si les vaccins ne sont pas à jour, l'inscription de l'enfant ne pourra pas être validée. Dans le cas d'une contre-indication médicale, il est obligatoire de fournir une attestation du médecin, stipulant cette contre-indication.**

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

Nom du médecin traitant : Téléphone :

a) L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON OUI Préciser à quoi :

Si oui, la famille doit fournir un PAI de l'année en cours. Sans ce document l'enfant ne pourra pas être inscrit à l'Accueil de Loisirs.

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser à quoi :
Autres allergies : NON OUI Préciser à quoi :
Asthme : NON OUI
Diabète : NON OUI
Épilepsie : NON OUI
Autres : NON OUI Préciser :

b) Les maladies contagieuses déjà contractées

| | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ANGINE | <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> | OREILLONS | <input type="checkbox"/> | OTITE | <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> |
| ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> | RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> | VARICELLE | <input type="checkbox"/> | | |

c) L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, la famille doit fournir un PAI de l'année en cours. Sans ce document l'enfant ne pourra pas être inscrit à l'Accueil de Loisirs.

d) L'enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement (AVS) à l'école ? NON OUI

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.)

J'autorise les animateurs à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : Le :

Signature :