

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

20../20..

**Maison Pour Tous
La Mirebelle**

NOM de l'enfant: _____

PRENOM de l'enfant: _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Garçon ☐ Fille ☐

Mail parents : _____



1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

GROUPE : PETIT

MOYEN

GRAND

GROUPE SANGUIN si connu:

L'enfant suit-il ou suivra t-il un traitement médical pendant l'ALSH ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre (pendant l'ALSH) une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	PISCINE ou BAIGNADE 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"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : oui ☐ non ☐ LESQUELLES :

ASTHME : oui ☐ non ☐

REGIMES ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

Vaccinations : fournir la photocopie des vaccinations ou le cas échéant un certificat médical de contre – indication. OBLIGATOIRE

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

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

2 - PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté:	Lien de parenté:	Lien de parenté:
Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:

3 - PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté:	Lien de parenté:	Lien de parenté:
Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Date et Signature :