

**ALSH – ACCUEIL PERISCOLAIRE  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Elle est à la discrétion du directeur de l'ACM et doit être détruite en fin d'accueil

Nom du Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**3- Recommandations utiles des parents :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. : \_\_\_\_\_

Fournir la copie de l'assurance scolaire

**4- Responsable légal du mineur :**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**5- Autorisation parentale :**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à les réactualiser si nécessaire et **autorise** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Autorise mon enfant à participer aux activités organisées, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à ce que mon enfant respecte ce règlement.

**6- Droit à l'image :**

J'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'ALSH, et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.  oui  non

**7- Départ du mineur :**

J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à récupérer mon enfant :

Nom-prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Nom-prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_  
*(Mention lu et approuvé)*

**NOM DU MINEUR :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**SEXE :** M  F

**1- Vaccinations :**

**Joindre obligatoirement un justificatif des vaccins (photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination)**

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.*

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| Rougeole  | Varicelle   | Oreillons   | Scarlatine  | Coqueluche  |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

| Migraine  | Otite   | Angine  | Asthme  | Rhumatisme Articulaire Aigu                               |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

**2- Renseignements médicaux :**

Si séjour d'organisé : L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  oui  non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).*

**Attention : Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

Allergies : Médicamenteuses :  oui  non

Alimentaires :  oui  non

Autres (animaux, plantes, pollen) :  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (**SI PAI, fournir une copie**)