

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

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 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				

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme Articulaires Aigu
<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**)

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

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 :
(Mention lu et approuvé)

Date :