

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ALSH - ANNEE 2015

PHOTO

*Cette fiche permet de recueillir les informations et renseignements médicaux utiles à l'accueil de votre enfant.*

## I - ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....  
Date de naissance : ...../...../..... SEXE : GARCON  FILLE   
Ecole fréquentée : .....  
Classe : .....  
Nombre de frères et sœurs / âges : .....

## II – RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom du **père** : .....  
Adresse : .....  
Tel Domicile : ..... Tel Portable : .....  
E mail : .....@.....  
Profession : .....

Nom et prénom de la **mère** : .....  
Adresse : .....  
Tel Domicile : ..... Tel Portable : .....  
E mail : .....@.....  
Profession : .....

Situation des parents\* : Célibataires, vie maritale, mariés, divorcés, séparés, veufs, pacsés.

\* rayer les mentions inutiles

### Ou Nom et prénom du **Tuteur, responsable légal** :

Adresse : .....  
Tel Domicile : ..... Tel Portable : .....  
E mail : .....@.....

*NB : l'utilisation de votre adresse mail se limitera à un usage interne (envoi des programmes d'animations, facturations, informations concernant la vie du centre, etc.). Aidez nous à réduire la consommation de papier !*

### Autres personnes pouvant être contactées par l'ALSH :

Nom prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone N°1 : \_\_\_\_\_ Téléphone N°2 : \_\_\_\_\_

Autorisé(e) à récupérer l'enfant  A prévenir en cas d'urgence si parents injoignables

Nom prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone N°1 : \_\_\_\_\_ Téléphone N°2 : \_\_\_\_\_

Autorisé(e) à récupérer l'enfant  A prévenir en cas d'urgence si parents injoignables

### III. VACCINATIONS :

Remplir cette rubrique à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant OU joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

### IV. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES (cocher la case correspondante) :

MALADIES	Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche/Oreillons	Otites	Asthme	Rougeole
OUI									
NON									

L'ENFANT PRESENTE IT IL DES SIGNES D'ALLERGIES ALIMENTAIRES ?

OUI

NON

L'ENFANT PRESENTE IT IL DES SIGNES D'ALLERGIES MEDICAMENTEUSES ?

OUI

NON

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :**

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** de l'enfant (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) en précisant les précautions à prendre (ex: Numéro du médecin traitant) :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.. ?

OUI

NON

Si oui, préciser :

L'enfant suit-il actuellement un traitement ?

OUI

NON

Si oui, lequel ?

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE DU MEDECIN. LES MEDICAMENTS DOIVENT ETRE DANS LEURS EMBALLAGES D'ORIGINE.

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

**DATE :**

**Signature :**

# AUTORISATION PARENTALE

## ANNEE 2015

Je soussigné(e), .....

Autorise l'enfant .....

A participer aux activités de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Communauté de Communes « Vivre en Cévennes »

A effectuer des déplacements en transport collectif (bus, minibus, etc...)

A se baigner

Mon enfant  sait nager  ne sait pas nager

J'accepte que mon enfant soit photographié, filmé dans un but non lucratif

**DATE :**

**Signature :**

# REGLEMENT INTERIEUR

## ANNEE 2015

Je soussigné(e),.....,  
responsable légal(e) de l'enfant .....

reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement et m'engage à en respecter les termes,

**DATE :**

**Signature :**