

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
ALSH - ASBH VACANCES

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :



1° RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui ☐ non ☐	ASTHME oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	RUGEOLE oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐	AUTRE :

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐ AUTRES :
ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE À TENIR :
.....

Vaccinations : fournir la photocopie des vaccinations ou le cas échéant un certificat médical de vaccinations à jour.

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

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

2° PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT

MERE / PERE / TUTEUR	MERE / PERE / TUTEUR	AUTRE :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
AUTRE :	AUTRE :	AUTRE :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

3° PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

MERE / PERE / TUTEUR	MERE / PERE / TUTEUR	AUTRE :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél, en cas d'urgence :	Tél, en cas d'urgence :	Tél, en cas d'urgence :

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

Date et signature du responsable légal :