

ANNÉE 2011 / 2012

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- ALSH
- ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
- TRANSPORT SCOLAIRE
- VACANCES SPORTIVES
- ACTION JEUNES
- ÉCOLE MULTISPORTS



1- ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Fille Garçon

École Fréquentée : Maternelle Élémentaire Collège

Nom de l'établissement : _____

Merci de fournir une fiche par enfant.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

↪ ALLERGIES : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres: _____

↪ PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si P.A.I.: Projet d'Accueil Individualisé le signaler) : _____

↪ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre) : _____

↪ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser) :	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. (Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

↪ NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

Suite au Verso



↳ Nom des personnes susceptibles de venir chercher votre enfant :

_____ ☎ : _____
_____ ☎ : _____
_____ ☎ : _____
_____ ☎ : _____
_____ ☎ : _____
_____ ☎ : _____

3- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

↳ PÈRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

☎ Travail : _____

Merci de préciser vos horaires de travail :

↳ MÈRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

☎ Travail : _____

Merci de préciser vos horaires de travail :

N° Allocataire CAF : _____ N° de Sécurité Sociale : _____

4- AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) _____ Représentant Légal
du mineur _____ :

↳ Autorise mon enfant à quitter l'Accueil de Loisirs seul (A.L.S.H) Oui Non (Si oui : à partir de
_____ heures).

↳ Autorise la Directrice de l'Accueil de Loisirs et/ ou le Service Jeunesse à faire transporter et soigner
mon enfant éventuellement sous anesthésie, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à régler
tous les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération m'incombant : Oui Non

↳ Autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives organisées par la (les) structure(s) :
 Oui Non

↳ Autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant dans la presse locale et nationale et
sur les supports de communication de la Mairie (magazines, site Internet de la ville et expositions) :
 Oui Non

Fait à _____, Le _____

Signature du ou des représentants légaux.