



**ACCUEIL DE LOISIRS EXTRA SCOLAIRE**  
**MATERNEL ET PRIMAIRE**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>ENFANT</b> NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DURANT L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.**

**1 - VACCINATIONS** se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPE	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT Polio				Hépatite B	
<u>OU TETRACOQ</u>				Rubéole-Oreillons-rougeole	
<u>OU PENTAVAC</u>				Méningite	
				Autres (préciser)	
BCG					

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

**2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI  NON

**Si oui, après validation du PAI avec la responsable, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), seront à fournir.**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIE : ASTHME OUI  NON       MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
 ALIMENTAIRE OUI  NON       AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....  
 .....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**Les difficultés de santé** (maladies, accidents, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation)  
en précisant les dates et **les précoctions à prendre**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte t il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives,des prothèses dentaires ?  
Précisez :

.....  
.....

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel FIXE / PORTABLE :

DOMICILE :

BUREAU :

**Nom et téléphone du médecin traitant :**

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

**Date :**

**Signature :**