



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

PHOTO  
OBLIGATOIRE

## 1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM et PRENOM du PERE :  
.....  
.....

ADRESSE :  
.....  
.....  
.....  
.....

TÉL DOMICILE : .....

BUREAU : .....

TEL PORTABLE : .....

Mail : .....

PROFESSION : .....

NOM et PRENOM de la MERE :  
.....  
.....

ADRESSE :  
.....  
.....  
.....  
.....

TÉL DOMICILE : .....

BUREAU : .....

TEL PORTABLE : .....

Mail : .....

PROFESSION : .....

## 2 – ASSURANCE : joindre la photocopie de l'attestation d'assurance établie par vos soins

Nom de la compagnie:.....

N° de police : .....

## 3 – VACCINATIONS : (joindre une copie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations)

Vaccins obligatoires pour tous les enfants	Vaccins recommandés pour les enfants nés avant le 01/01/2018 et obligatoires pour ceux nés après cette date	Vaccins recommandés dans certaines situations
-Diphtérie -Tétanos -Poliomyélite	-Coqueluche -Hépatite B -Infections à Haemophilus influenza B -Infections invasives à méningocoque du sérogroupe C -Infections à pneumocoque -Oreillons -Rougeole -Rubéole	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

a) L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence en ALAE ? Oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** prescrite par le médecin et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments marqués au nom et prénom de l'enfant dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation**)

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

b) L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes (Facultatif)

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

c) L'enfant a-t-il eu les allergies suivantes ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES (animaux, plantes, pollen....) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir : .....

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

P.A.I (Projet d'accueil individualisé) OUI  NON  (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

#### 4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

DES LUNETTES : oui  non  prévoir un étui au nom de l'enfant + lingettes

DES LENTILLES : oui  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

UN APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

#### 5- AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'ALAE.

1 – Nom: Prénom: Téléphone:

2 – Nom: Prénom: Téléphone:

3 – Nom: Prénom: Téléphone:

4 – Nom: Prénom: Téléphone:

5 – Nom: Prénom: Téléphone:

6 – Nom: Prénom: Téléphone:

❖ J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

❖ J'autorise mon enfant à être maquillé : oui  non

Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni à la directrice de l'accueil ni à l'organisateur.

Fait à CRUSCADES, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal (précédée de la mention "lu et approuvé")