

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2018**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'ALSH de Treffiat.

NOM : .....PRENOM : ..... Date de naissance : ...../...../.....

- **Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	Oui	Non		Oui	Non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

- **Votre enfant suit-il un traitement médical ?** Oui (précisez).....Non
- **Votre enfant est-il asthmatique ?** Oui.....Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

- **RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, .....

- **ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP OU DE TROUBLES DU COMPORTEMENT**

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien-être et sécurité). Pour une meilleure intégration de votre enfant il est souhaitable de prendre rendez-vous pour définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place pour la scolarité : Oui.....Non

Si oui laquelle ?..... Merci de nous fournir de document de reconnaissance délivrée par la Maison du handicap (MDPH).

- **RESPONSABLE DU MINEUR :** NOM : ..... PRENOM : .....  
Téléphone portable.....domicile .....travail : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention).

**Date et signature du responsable de l'enfant**