

FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR LE BON ACCUEIL
DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et Prénom du représentant légal
(parent 1) :

.....

Adresse postale :

.....

.....

Adresse électronique :

.....

Tel. Travail parent 1 :

Tel. Portable parent 1 :

Nom et adresse de l'entreprise de travail
parent 1 :

.....

.....

.....

Nom et Prénom (parent 2) :

.....

Adresse postale :

.....

.....

Adresse électronique :

.....

Tel. Travail parent 2 :

Tel. Portable parent 2 :

Nom et adresse de l'entreprise de travail
parent 2 :

.....

.....

.....

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme :

Tel. :

M./ Mme :

Tel. :

2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :

Adresse :

Tel. du cabinet :

3 – VACCINATIONS

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DE L'ENFANT INSCRITES SUR LE CARNET DE SANTE DE L'ENFANT.

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre 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.

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? oui non

Si **oui**, joindre le justificatif dans « Document à transmettre »

ALLERGIES :

| | | | | |
|-----------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 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 :

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

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

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL DE L'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH) ?

oui non

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES.... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

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

7 – REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

*Je soussigné, responsable
légal de l'enfant, déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs « Les P'tites
Frimousses ».*

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

Date :

Je certifie exactes les informations saisies dans ce formulaire.

Signature parent1

Signature parent 2