Accueil de loisirs/ALP Castelnau le Lez

2 rue de la Crouzette – 34170 Castelnau le Lez

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

GARCON ☐ FILLE ☐

NOM : ……

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……

ADRESSE : ……

……

2- PARENTS/TUTEURS

MERE/TUTRICE : ……

N° DE TELEPHONES DOMICILE : ……

PORTABLE : …… TRAVAIL : ……..

PERE/TUTEUR : ……

N° DE TELEPHONES DOMICILE : ……

PORTABLE : …… TRAVAIL : ……..

3- PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : N° DE TELEPHONE :

NOM : N° DE TELEPHONE :

4- PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

NOM : N° DE TELEPHONE :

NOM : N° DE TELEPHONE :

4- MEDECIN

NOM : ……

N° DE TELEPHONE : ……

5- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DTP				Hépatite B	
Ou DT polio				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou Tétracoq				Coqueluche	
BGC				Autres	

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

☐ **L'ENFANT EST A JOUR DE SES VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

6- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

SCARLATINE		COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

ALLERGIES : ASTHME : ☐ OUI ☐ NON MEDICAMENTS : ☐ OUI ☐ NON

ALIMENTAIRE : ☐ OUI ☐ NON AUTRES : ☐ OUI ☐ NON

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

……

……

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, RREDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

……

……

7- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC… PRECISEZ

……

……

8- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) …… 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 :

Signature père : Signature mère : Signature tuteur/tutrice :