|  |  |
| --- | --- |
|  | **Accueils périscolaires****ALAE et TAP****ANNEE SCOLAIRE 2014-2015** |

**A RETOURNER AU DIRECTEUR DE L’ALAE AU PLUS TARD LE 15 SEPTEMBRE 2014**

**ECRIRE EN LETTRES CAPITALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **L’ENFANT** |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON  FILLE    |

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant). **Pas de photocopie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES INDIQUER POURQUOI ? ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l’ALAE ? 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.**

A titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISMEARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |  |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non 

 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES ………………………………………….

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I.** (projet d’accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** **(à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

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

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4- AUTORISATIONS**

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

J’autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non 

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non 

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ............................................................................................ PRÉNOM .........................................................................

ADRESSE.....................................................................................................................................

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ............................................................. BUREAU : .............................................

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *(FACULTATIF)...........................................................................................................*

*Je soussigné(e), .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH interco Vallée de l’école

Date : Signature :

**Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins des ALAE de la Communauté de communes du Savès/ septembre 2013**