



1 - PHOTO OBLIGATOIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

2 - L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe de l'enfant : Garçon Fille

Date de naissance de l'enfant : / /

L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH : Oui Non

Date de fin de droit : / /

Est-il accompagné pour son handicap ? Oui Non

Si oui, précisez la nature de son accompagnement :
.....

(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)
.....

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) :
.....

Numéro du médecin traitant : ... / ... / ... / ... / ...

Numéro sécurité sociale : .. / ... / ... / ... / ... / ... / ...

AUTORISATIONS ET DROIT À L'IMAGE

Autorisez-vous la prise de photo pour la communication de l'ARPEJ-Rezé ? Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? Oui Non

3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Qualité : Père Mère Beau-père

Belle-mère Autres (précisez) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email :

4 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Qualité : Père Mère Beau-père

Belle-mère Autres (précisez) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email :

5 - AUTORISATION HOSPITALISATION (si nécessaire) :

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

J'autorise également, si nécessaire, le ou la responsable de l'Accueil de Loisirs ou du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Date : / /

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		 / /	Hépatite B / /
Tétanos		 / /	Rubéole Oreillons Rougeole / /
Poliomyélite		 / /	Coqueluche / /
Ou DT polio		 / /	BCG / /
Ou Tétracoq		 / /	Autres (précisez) : / /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

7 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

ALLERGIES : ASTHME : Oui Non MÉDICAMENTEUSES : Oui Non
 ALIMENTAIRES : Oui Non PAI : Oui Non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen...) : Oui Non
 Précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

Indiquez ci-après, les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) :

.....

8 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

A-t-il un régime alimentaire spécifique? Oui Non Repas sans porc ? Oui Non
 Repas sans viande ? Oui Non
 Repas végétarien ? Oui Non
 Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non Des lentilles de contact ? Oui Non
 Porte-t-il des appareils dentaires ? Oui Non
 Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non
 Pour la jeune fille, est-elle réglée ? Oui Non

Autres recommandations :

.....