



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2021/2022

ADOS

NOM L'ENFANT :
Date de naissance :

Prénom :
lieu :

Sexe : Fille ☐ Garçon ☐ Age :

Adresse de l'enfant :

Ville : Code postal : Nationalité :

Nom et prénom du père de l'enfant :

Adresse :

☎ N° de sécurité sociale :

Nom de l'employeur : ☎ de l'employeur :

Nom et prénom de la mère de l'enfant :

Adresse :

☎ N° de sécurité sociale :

Nom de l'employeur : ☎ de l'employeur :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (SI LE RESPONSABLE LÉGAL N'EST PAS JOIGNABLE)

Mr., Mme, Melle :

☎

Mr, Mme, Melle :

☎

ASSURANCE : Nom compagnie :

N° du contrat :

Régime Particulier (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France...) :

CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE : N° de dossier :

Revenu net imposable : nombre d'enfant au foyer ☐ et à charge ☐

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

M. Mme. Melle : ☎

M. Mme. Melle : ☎

M. Mme. Melle : ☎

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il **un traitement médical** pendant le séjour? oui ☐ non ☐
Si oui joindre **l'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

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

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ **MEDICAMENTEUSES** : OUI ☐ NON ☐ **ALIMENTAIRES** : OUI ☐ NON ☐
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant et joindre une photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	OBSERVATIONS
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tétra coq				
BCG				

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Régime alimentaire (Sans porc ou sans viandes) :

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

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :