



ASSOCIATION DOMINO
ACCUEILS DE LOISIRS SANS HEBERGEMENTS
ET MERCREDIS LOISIRS
SAISON 2016/2017

Ce document est indispensable à la bonne prise en charge de votre enfant, les informations qu'il contient sont confidentielles .Il est valable sur l'ensemble de nos ALSH et Mercredis Loisirs de la saison.

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____
GARCON FILLE

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Fournir Copies Carnet Vaccination

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pendant sa présence au centre, l'enfant devra-t-il suivre un traitement médical ? OUI NON
Si oui, joindre l'ordonnance correspondante, ainsi que les médicaments dans leur boîte d'origine marquées au nom de l'enfant et accompagnées de la notice.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

A TITRE INDICATIF l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

ALLERGIES: ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON
ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours OUI NON

Joindre le protocole et toute information utile : _____

INDIQUEZ CI-APRES : 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

DES PROTHESES AUDITIVES OUI NON

DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE OUI NON

si besoin prévoir un étui
au nom de l'enfant

4 - AUTORISATIONS

J' autorise mon enfant à participer aux activités physique et sportives OUI NON

J'autorise le transport de mon enfant en car de location OUI NON

5 - RESPONSABLE DE L*'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONES : DOMICILE _____ PORTABLE _____

TRAVAIL _____

NOM et TELEPHONE du MEDECIN TRAITANT: _____

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, ceci suivant les prescriptons d'un médecin et/ou d'un service d'urgence
seuls habilités à définir l'hôpital de secteur pouvant accueillir l'enfant

DATE :

SIGNATURE :