



FICHE SANITAIRE DE LIAISON PERISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS

Nom	Prénom	Date de naissance	sexe
			<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Parent 1 :

Nom et prénom :

Tel : domicile : portable :
travail :

Parent 2 :

Nom et prénom :

Tel : domicile : portable :
travail :

AUTORISATION :

Aucun enfant ne sera confié à une personne non autorisée par écrit à venir le chercher. Les parents autorisant leurs enfants à quitter seul l'accueil, doivent le signaler par écrit.

En cas d'absence des parents, coordonnées de la (des) personne(s) à contacter en priorité et susceptible(s) de venir chercher l'enfant.

Nom et prénom :

Tel : domicile : portable :
travail :

Nom et prénom :

Tel : domicile : portable :
travail :

Nom et prénom :

Tel : domicile : portable :
travail :



VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OBSERVATIONS :
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- **L'enfant doit-il suivre un traitement médical durant les temps d'accueil ?**
 Oui Non

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

- **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Otite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				

- **L'enfant a-t-il des allergies connues ?**

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si OUI, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

DIFFICULTES DE SANTE PARTICULIERES : indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Je soussigné(e),.....

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

Date :

Signature :