



## 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 :** .....