

Fiche sanitaire de liaison

Saison __ __



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il .elle est accueillie à la MJC. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident . Elle est valable un an et doit être renouvelée à chaque rentrée.

L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Genre : _____

Ecole et classe fréquentée : _____

L'enfant vit avec : _____

Garde alternée : _____

N°CAF et nom associé : _____

Nom et numéro du médecin traitant: _____

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Portable : _____ Travail : _____

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Portable : _____ Travail : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

☐ L'enfant a reçu les vaccinations et rappels obligatoires et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

Joindre une copie des pages de vaccination du carnet de santé à jour de votre enfant.

L'enfant a déjà contracté les maladies suivantes :

☐ Scarlatine ☐ Otite ☐ Rubéole ☐ Rougeole ☐ Angine ☐ Oreillons

☐ Varicelle. ☐ Coqueluche

Taille: _____ Poids: _____

L'enfant suit-il.elle un traitement médical? ☐ Oui _____ ☐ Non

Si oui et si l'enfant doit prendre son traitement pendant l'accueil joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne sera donné dans ordonnance.

L'enfant a t-il.elle une allergie :

☐ Médicament ☐ Autre (pollen , acariens...) ☐ Alimentaire

Détails et conduite à tenir : _____

Régime alimentaire:

☐ Omnivore ☐ Végétarien.ne ☐ Halal ☐ Sans Porc ☐ Végan

☐ Autre _____

Votre enfant a t-il.elle un Projet d'Accueil individualisé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le projet à la fiche sanitaire de liaison.

L'enfant porte :

Des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non / Des lentilles ? ☐ Oui ☐ Non

Des prothèses auditives ? ☐ Oui ☐ Non / Un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant bénéficie t-il.elle de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer le handicap et les recommandations : _____

Votre enfant est-il.elle porteur.euse de trouble.s :

☐ DYS ☐ De l'attention ☐ Alimentaire ☐ Relationnels ☐ Autres

Détails et recommandations : _____

Dans le cadre scolaire, votre enfant est-il.elle accompagné.e par un.e AESH?

☐ Oui ☐ Non

Autres recommandations (sieste, doudou, tétine, énurésie, contre indication pour des activités, acquisition de la nage...) : _____

Je soussigné.e _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le.la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant :

Date :

Signature :