|  |  |
| --- | --- |
| logo MSJSVA bleu | *Code de l'action sociale et des familles*Fiche sanitaire de liaisonALSH Ferme ST POL- année scolaire 2022/2023- |

**Enfant :** [ ]  fille [ ]  garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**I - Vaccinations :** Votre enfant est-il à jour des vaccinations : [ ]  oui [ ]  non

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l’accueil : [ ]  oui [ ] non

Si oui, vous devez joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** |
| [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non |

Allergies : médicamenteuses [ ]  oui [ ]  non asthme [ ]  oui [ ]  non

alimentaires [ ]  oui [ ]  non autres [ ]  oui [ ]  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Régime alimentaire spécifique :

PAI (Projet d’accueil individualisé) en cours : [ ]  oui [ ]  non (joindre protocole et toutes informations utiles

Si moins de 6 ans sieste obligatoire : [ ]  oui [ ]  non

Votre enfant sait-il nager ? : [ ]  oui [ ]  non

Pour optimiser la bienveillance de l’équipe d’animation, indiquer si besoin une information particulière pour cette période de vacances :

**III - Recommandations utiles :** Préciser si l'enfant porte :

Des lunettes : [ ]  oui [ ]  non Des prothèses auditives [ ]  oui [ ]  non

Des prothèses ou appareil dentaires : [ ]  oui [ ] non

Autres recommandations :

**IV - Responsables légal de l'enfant :**

Nom :       Prénom :

Tél. domicile :       travail :

Portable :

Nom :       Prénom :

Tél. domicile :       travail :

Portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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

Date :

Signatures :