

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES



1/ ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

FILLE	<input type="checkbox"/>	GARÇON	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------	--------------------------

2/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Aucun médicament ne pourra être administré par le personnel des A.L.P. ou des T.A.P.

Votre enfant est-il allergique ?

Asthme	Allergies médicamenteuses	Allergies alimentaires (PAI)	Autres
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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

.....

.....

.....

3/ SANTÉ

Signalez-nous les éventuelles difficultés de santé rencontrées par votre enfant (maladie, handicap, hospitalisation, opération, rééducation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES



1/ ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

FILLE	<input type="checkbox"/>	GARÇON	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------	--------------------------

2/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Aucun médicament ne pourra être administré par le personnel des A.L.P. ou des T.A.P.

Votre enfant est-il allergique ?

Asthme	Allergies médicamenteuses	Allergies alimentaires (PAI)	Autres
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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

.....

.....

.....

3/ SANTÉ

Signalez-nous les éventuelles difficultés de santé rencontrées par votre enfant (maladie, handicap, hospitalisation, opération, rééducation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres ?

.....
.....
.....

5/ COORDONNÉES DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

MME.		M.	
------	--	----	--

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. domicile : Tél. professionnel :

6/ MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Tél. :

Je soussigné(s), M/Mme, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le service Enfance à faire le nécessaire pour que l'hospitalisation de mon enfant soit réalisée dans un Centre hospitalier en cas d'accident ou de maladie survenant alors qu'il est placé sous la garde du service Enfance.

Signature du responsable légal :

4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres ?

.....
.....
.....

5/ COORDONNÉES DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

MME.		M.	
------	--	----	--

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. domicile : Tél. professionnel :

6/ MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Tél. :

Je soussigné(s), M/Mme, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le service Enfance à faire le nécessaire pour que l'hospitalisation de mon enfant soit réalisée dans un Centre hospitalier en cas d'accident ou de maladie survenant alors qu'il est placé sous la garde du service Enfance.

Signature du responsable légal :