

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON****Accueil de Loisirs Périscolaire de l'Arc-en-ciel – KAPPELEN****ANNEE 2021-2022****Enfant :** fille garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui / non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui / non		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**II - Renseignements médicaux :**L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui nonSi oui, 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
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui nonasthme oui non
autres oui non**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.**Si votre enfant dispose d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), veuillez nous le transmettre.****III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV- Régime alimentaire :

Préciser si votre enfant consommera les repas du jour ou s'il souhaitera consommer des repas sans viande qui seront remplacés par du poisson, omelette, légumes (info précisée sur les menus).

Repas du jour Repas « Sans Viande »

Remarques :

V - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche.**J'autorise** le responsable du séjour à **prendre**, le cas échéant, **toutes mesures** (appel des services d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant.****Je certifie** par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :