



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023 - 2024 ACCUEIL DE LOISIRS LES P'TITS BOUD'EURE

<b>ENFANT</b>	<input type="checkbox"/> <i>Moins de 6 ans</i>	<input type="checkbox"/> <i>Plus de 6 ans</i>
NOM : ..... Prénom : .....		
Sexe : <input type="checkbox"/> M ou <input type="checkbox"/> F		
Age : ..... Date et lieu de naissance : .....		
Adresse complète : .....		
Ecole Fréquentée : .....		
Repas : <input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> avec porc		
<b>RESPONSABLE</b> : Père, Mère, tuteur légal (barrer la mention inutile) :		
NOM, Prénom : .....		
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....		
Téléphones		
Domicile : .....		Portable : .....
Travail : .....		Portable : .....
E-Mail : .....		N° allocataire CAF : .....

### Renseignements médicaux obligatoires

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : .....	
Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	
Si votre réponse est OUI, vous devez compléter un <b>PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ</b> .	
Votre enfant présente-t-il les pathologies suivantes :	
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : .....
Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : .....
Asthme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non /	Diabète <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non / Epilepsie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (langage, comportement, ...) : ..... La directrice peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez.	
L'enfant suit-il un traitement régulier : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments.	
Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : .....	
Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) : .....	
.....	

**VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER L'ACCUEIL DE LOISIRS** : Diphtérie, Tétanos, et Poliomyélite (DTP)  
**JOINDRE LA COPIE DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ**

## Renseignements médicaux obligatoires suite

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

<b>MALADIES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
ANGINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
OTITE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
ROUGEOLE		
RUBEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		