

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

Enfant

Nom Né(e) le à Département
Prénom Sexe : Fille Garçon Classe Ecole
Poids : Taille : Pointure :

Vaccinations de l'enfant

(Joindre une copie des vaccins)

Vaccins	Date	Vaccins	Date	Vaccins	Date
Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus, hépatite B		Pneumocoque		Rougeole, oreillons, rubéole	

Votre enfant a-t-il une prise en charge (PAI) Oui Non SI OUI, PRENEZ RENDEZ VOUS AVEC LE RESPONSABLE DE L'ALSH POUR METTRE UN PROTOCOLE EN PLACE

Votre enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rhumatisme articulaire aigu Rubéole Otite Coqueluche
Scarlatine Varicelle Oreillons Angine

Votre enfant a-t-il des allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication et / ou autonomie, le signaler)

Régime alimentaire : Viande Sans viande Panier repas (PAI)

Difficultés de santé de l'enfant

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Pour mieux accueillir votre enfant :

Afin d'accompagner au mieux votre enfant et de recueillir les éléments administratifs obligatoires, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)? Oui Non

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou une demande en cours Oui Non

Si oui, est-t-il accompagné par une AESH/AVS? Oui Non

Pour favoriser la continuité dans l'accueil de votre enfant, autorisez vous l'équipe à prendre contact avec les professionnel·les qui le suivent au quotidien? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou spécialistes qui l'accompagnent :

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives? Précisez

Votre enfant est-il propre : La journée Oui Non La nuit Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée : Oui Non

Nom et téléphone du médecin traitant :

Parents

Parent 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
☎ Fixe :
📱 Portable :
@ E-mail :

Situation Familiale :
Mariés
Séparés
Union libre
Pacsés
Divorcés
Célibataire

Parent 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
☎ Fixe :
📱 Portable :
@ E-mail :

Informations pour la facturation

N° de dossier CAF :

Quotient familial :
(avec attestation)

N° sécurité sociale :

Merci de préciser quelle est l'adresse de facturation :

Parent 1

Parent 2

Autres (CCAS, Métropole)

Autorisations : droit à l'image et sorties

Je soussigné(e)

en qualité de :

Mère

Père

Tuteur

de l'enfant (Nom/Prénom) :

-autorise la maison pour tous à diffuser l'image de mon enfant sur les différents supports de communication (plaquette, site internet, réseaux sociaux) : Oui Non

-autorise mon enfant (à partir de 10 ans) à quitter l'accueil de loisirs seul à la fin de l'activité et le dégage ainsi de toute responsabilité : Oui Non

-autorise mon enfant à être transporté par bus, mini bus ou transport en commun :
 Oui Non

-autorise l'équipe de direction à prendre les mesures nécessaires et d'urgence en cas d'incident impliquant votre enfant :
 Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom

Prénom

Téléphone

Lien

Personnes non-autorisées à récupérer l'enfant

Nom

Prénom

Téléphone

Lien

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant,

certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à Lyon, le

Signature responsable légal