

# Fiche Sanitaire de liaison

Commune aux ALSH de Centre Tarn

**Du 1<sup>er</sup>/09/2021 au 31/08/2022**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
 Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

**Enfant :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 fille  garçon **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Structure d'accueil :**

**Communauté de Communes Centre Tarn**  
**Service Enfance Jeunesse - 2 rue Villenouvelle 81120 RÉALMONT**  
*Accueil de loisirs, séjours de vacances, séjours courts et activités accessoires.*

**Inscription à la structure de :**

Réalmont  Montredon-Labessonnié  Lombers

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

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	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 l'accueil / le séjour ?  oui  non  
 Si 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				
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 asthme  oui  non  
 alimentaires  oui  non autres  oui  non

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

**PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :  oui  non  
 Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles.

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**III - Recommandations utiles :**

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

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

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : \_\_\_\_\_ **Signature du responsable légal**