



ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DES POTERIES

10 rue Jean Goeffroy Conrath

67200 Strasbourg

Téléphone : 03 88 26 62 56 / courriel : clsh.poteries@aasbr.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNEE 2015/2016

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : / / Sexe : féminin masculin

Coordonnées des parents et/ou représentants légaux :

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone fixe	Téléphone portable	Téléphone professionnel

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Médecin traitant : Téléphone :

Autres personnes :

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone fixe	Téléphone portable	Téléphone professionnel

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins obligatoires : Diphtérie – tétanos – Poliomyélite à jour : oui, date du dernier rappel :

Vaccins recommandés : Hépatite B : date : ROR : date : Coqueluche : date :

Autres : préciser :

Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical attestant les vaccinations.

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

- Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche
 Rougeole Rubéole Otite Rhumatisme articulaire aigu



Port de : lentilles lunettes prothèses auditives prothèses dentaires
Autres à préciser :

SANTE DE L'ENFANT

Allergie(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s) : oui Préciser :

Asthme : oui Autre problème de santé : oui Préciser :

En cas de réponse positive : contacter la direction de l'ALSH pour étudier la nécessité de mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

PAI déjà en place : oui →
si oui, fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être remis à la direction de l'ALSH s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

Allergie(s) médicamenteuse(s) : oui Préciser :

ASSURANCE

Nom du centre de Sécurité Sociale : Numéro de sécurité sociale :
Assurance responsabilité civile : compagnie : Numéro de contrat :

Joindre la copie du contrat d'assurance avec l'option extra scolaire.

L'enfant est-il autorisé à participer aux activités physiques et sportives organisées par l'ALSH ?
 oui non
Si non précisez ci-dessous. Un certificat médical pourra être exigé. L'admission pourra être refusée.

Je soussigné(e),.....
, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'AASBR à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer l'AASBR de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

A, le Nom/Prénom

Représentant 1

Représentant 2

Signature

Signature