



FICHE SANITAIRE ALSH

Communauté de communes de la Vallée d'Ossau

ALSH de la CCVO
Enfance-jeunesse@cc-ossau.fr
05 59 05 66 77

Cette fiche est à remplir soigneusement. Elle sera confiée aux responsables de l'accueil de loisirs auquel l'enfant participe, et permettra de répondre efficacement et rapidement aux questions médicales en cas de nécessité.

ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

Indiquer si votre enfant a des difficultés de santé, exemple (Maladie, accident, opération, rééducation...)

.....
.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : NON OUI

Préciser :

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : NON OUI

Préciser :

Si PAI, fournir une photocopie obligatoirement et prendre RDV avec la direction.

VACCINATIONS

Fournir impérativement la photocopie des vaccins obligatoires	DATE
Diphtérie-tétanos-Poliomyélite	
Coqueluche	
Haemophilus Influenzae de type B (HIB)	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
Rougeole-Oreillons-Rubéoles	

ALLERGIE

Alimentaire : NON OUI Préciser :

Asthme : NON OUI Préciser :

Médicamenteuse : NON OUI Préciser :

Autres : NON OUI Préciser :

Régime alimentaire :

RENSEIGNEMENTS

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... :

.....
.....
.....

A-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDDH) :

NON OUI

Autres informations qui vous semblent utile de nous communiquer :

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Adresse :

.....

Téléphone fixe : Portable :

Nom du Médecin traitant : Téléphone :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :