

**FICHE SANITAIRE 2020/2021**  
**Accueil de Loisirs Sans Hébergement Multi Sites**

<b>ENFANT RESPONSABLE(S)</b>	
Nom/Prénom : Date de naissance : .... / ..... / ..... Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Responsables légaux de l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur N° de sécurité sociale :

**2. VACCINATIONS (Joindre photocopies du carnet de vaccination ou certificat de contre-indication aux vaccinations)**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
DT polio				BCG			
DT polio + coqueluche				Hépatite B			
DTP+coqueluche+haemophilus				R.O.R.			

**3. ALLERGIES**

L'enfant est-il allergique à certains aliments ?                      Oui       Non   
 Lesquels ? : .....

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ?                      Oui       Non   
 Lesquels ? : .....

Autre(s) allergie(s) : .....

L'enfant fait-il de l'asthme?    Oui     Non     /    A l'effort     ou allergique   
 Présence d'un PAI (à fournir obligatoirement) :                      Oui                       Non   
 Précisez : .....

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :  
 .....

Type de menu :                      Sans Porc                       Sans viande  Allergie(s)

L'enfant a-t-il obtenu l'attestation de nage libre 25m (à fournir) :                      Oui                       Non   
 Ce que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel encadrant: .....

**4. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :**

**(Joindre le certificat médical d'aptitude à la pratique multi-sports en collectivité)**

Nom : ..... Adresse : .....  
 Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

En cas d'accident, je, soussigné(e), ..... autorise l'équipe encadrante de l'Alsh à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et, le cas échéant, autorise le transport de l'enfant vers l'hôpital le plus proche.

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant  
 ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Date :        /        /

Signatures des parents ou tuteurs légaux :