



**SIEPEA DU PAYS DE
GLANE**

8, ROUTE DE VILLENEUVE 87520 VEYRAC
05.55.78.72.23 / 06.09.91.50.55
MAIL : ALSH@SIEPEA.FR
SITE : WWW.SIEPEA.FR



**ANNÉE SCOLAIRE
2023/2024**

Fiche sanitaire de liaison TAP & ALSH

Enfant

Nom :

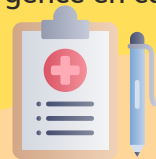
Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'état de santé de votre enfant et d'éventuelles précautions à prendre lorsqu'il est accueilli à l'ALSH ou en TAP.

Elle permet également de faire le lien entre la structure et les services d'urgence en cas de besoin



Vaccinations

- Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, merci de fournir la page vaccin DT Polio du carnet de santé
- Pour les enfants nés après le 1er janvier 2018, merci de fournir **TOUTES** les pages vaccinations du carnet de santé

*Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical de contre-indication*

Renseignements médicaux

- Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

*Si OUI, merci de nous transmettre **IMPERATIVEMENT** une copie du PAI signée par les différentes parties.*

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si OUI, joindre une ordonnance récente (moins d'un an) et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole		Otite		Angine	
Coqueluche		Scarlatine		Rougeole	
Varicelle		Oreillons		Rhumatisme articulaire aigü	

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Asthme		Médicamenteuses	
Alimentaires		Autres	

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

.....

.....

.....

.....

Complétez le verso SVP



Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ré-éducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

Recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, suit un régime alimentaire etc... ? Précisez :

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

En cas d'urgence

Merci de renseigner 2 personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des responsables légaux) :

- Nom : Prénom :
Numéro de téléphone : Lien :
- Nom : Prénom :
Numéro de téléphone : Lien :

Médecin traitant :

Nom : Numéro de téléphone :
Adresse :

Numéro de sécurité social sur lequel l'enfant est rattaché :

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

Date et signature :

Partie réservée au Pôle Enfance

Observations :

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