



## FICHE SANITAIRE

### Le Jardin des Possibles

**1- ENFANT**  
**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE NAISSANCE :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**GARÇON**  **FILLE**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE PERMET A L'EQUIPE DE CONNAITRE TOUT CE QUI SERAIT SUSCEPTIBLE DE L' AIDER AU MIEUX DANS LA PRISE EN COMPTE DE DES PARTICULARITES DE VOTRE ENFANT.

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI / NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG :			<i>Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007 –1111du 17/07/2007</i>		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3- RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? OUI  NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).**

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



## FICHE SANITAIRE

### Le Jardin des Possibles

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

.....

.....

.....

**NOM ET COORDONNÉES DES EVENTUELS REFERENTS PRISES EN CHARGE**

.....

.....

.....

**NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

.....

.....

N° de Sécurité Sociale : .....

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Particularités de l'enfant	OUI/NON	Précautions à prendre/Conduite à tenir
Votre enfant porte-t-il des lentilles		
Votre enfant porte-t-il des lunettes		
Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives		
Votre enfant porte-t-il des prothèses dentaires		
Autres :		

## FICHE SANITAIRE

### Le Jardin des Possibles

Particularités de l'enfant liées au TSA	Détails/Explications	Précautions à prendre/Conduite à tenir
Interêts spécifiques : ce qu'il aime, ce qu'il aime faire		
Difficultés dans la réciprocité sociale ou émotionnelle		
Difficultés dans les comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales		
Difficultés par rapport au développement, au maintien et à la compréhension des relations sociales		
Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage		
Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés		



## FICHE SANITAIRE Le Jardin des Possibles

Particularités de l'enfant liées au TSA	Détails/Explications	Précautions à prendre/Conduite à tenir
Hyper ou hyposensibilités aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement		
Troubles alimentaires (trouble de l'oralité)		
Objet fétiche, transitionnel		
Rythme de vie, fatigabilité		
Anxiété, peur		
Autres : Ce que vous pourriez juger utile de nous transmettre et qui pourrait être bénéfique à un accueil optimal de votre enfant.		

**Retentissements des particularités sur la vie quotidienne (prise en charge, prise des cours à distance, isolement, autonomie....) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# FICHE SANITAIRE Le Jardin des Possibles

## 5 – RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père ou titulaire de l'autorité parentale :

Nom .....  
Prénom .....  
Portable .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone pro : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....  
Mail.....

Mère ou titulaire de l'autorité parentale :

Nom .....  
Prénom .....  
Portable .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone pro : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....  
Mail.....

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription.....  
.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
.....  
.....

## 6 – AUTORISATION

En cas d'accident ou de maladie, la structure s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, la structure pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

- Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des responsables légaux ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**
- Nous autorisons la structure, **en cas d'indisponibilité absolue des responsables légaux**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

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

Fait à .....le...../...../..... Signature(s) :



## FICHE SANITAIRE Le Jardin des Possibles

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Coordonnées de l'organisateur de l'accueil ou du séjour  
Association L'Extraordinaire Esteban  
Structure ALSH Le Jardin des Possibles – Maison des Associations des Mées  
☎ 06.03.39.35.37  
extraordinairesteban@gmail.com  
Responsable : Patricia Navarro

### OBSERVATIONS

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