

FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
ACCUEIL DE LOISIRS  
ESPACE'ENFANCE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE :  Garçon  FILLE

1- VACCINATIONS (ou joindre photocopie des vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ?  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 eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE/AGÜ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

ASTHME  Oui  Non

ALIMENTAIRES  Oui  Non

Autres : \_\_\_\_\_

MEDICAMENTEUSES  Oui  Non

POILS ET PLUMES  Oui  Non

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

---



---



---

3- DIFFICULTES DE SANTE

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---



---



---

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles ?  Oui  Non

L'enfant porte-t-il des lunettes ?  Oui  Non

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?  Oui  Non

L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?  Oui  Non

Autres :

---



---

5- HABITUDES DE L'ENFANT

ENDORMISSEMENT

L'enfant fait-il la sieste ?  Oui  Non

L'enfant dort-il avec un doudou ?  Oui  Non

L'enfant dort-il avec une tétine ?  Oui  Non

6- REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé ?  Oui  Non

L'enfant goûte-t-il de tout ?  Oui  Non

Si régime alimentaire particulier, le fournisseur repas propose :

végétarien  sans viande  sans porc

J'autorise l'accueil de loisirs à contacter d'autre(s) personne(s), si les responsables légaux ne sont pas joignables en cas problème de santé

- précisez son (leur) nom(s) et numéro de téléphone
- .....
- ...

## 7- CONTACT DU MEDECIN DE FAMILLE

.....

.....

## 8- OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. bureau : \_\_\_\_\_

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

Date :

Signature :

## RAPPEL :

- La fiche de liaison a une validité d'un an.
- Aucun enfant ne sera accepté dans l'accueil de loisirs sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable au responsable de l'accueil de loisirs.