

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEIL DE LOISIRS
ESPAC'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
Diphtérie				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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

ASTHME ☐ Oui ☐ NonALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

Autres : _____

MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ NonPOILS 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 ☐ NonL'enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ Oui ☐ NonL'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? ☐ Oui ☐ NonL'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Autres :

5- HABITUDES DE L'ENFANT

ENDORMISSEMENT

L'enfant fait-il la sieste ? ☐ Oui ☐ NonL'enfant dort-il avec un doudou ? ☐ Oui ☐ NonL'enfant dort-il avec une tétine ? ☐ Oui ☐ Non

6- REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé ? ☐ Oui ☐ NonL'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.