



FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
2021-2022  
ACCUEIL DE LOISIRS LA RABASSIERE

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

NOM:  
PRENOM:  
DATE DE NAISSANCE:  
SEXE:  FILLE  GARCON

1- VACCINATIONS ( Joindre la photocopie)

Vaccinations obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtéris					
Tétanos					
Polyomyélite					
Ou DT Polio					

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 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 AIGU <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:

POUSSIERES  OUI  NON  
ALIMENTAIRES  OUI  NON  
AUTRES \_\_\_\_\_

MEDICAMENTEUSES  OUI  NON  
POILS ET PLUMES  OUI  NON

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  
L'enfant a-t-il un rituel particulier?  Oui  Non  
Si oui, lequel ( une chanson, une petite lumière,...)

REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé?  Oui  Non  
L'enfant goûte-t-il de tout?  Oui  Non  
Quel est l'appétit de l'enfant?

JOURNEE

En cas d'inquiétude de sa part, comment réagissez-vous?

**TOURNER-SUITE AU VERSO**

## 6- DEPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il repartir seul chez lui à la fermeture du centre? (Enfant de plus de 7 ans)  Oui  Non

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)

Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ACCUEIL A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR

## 7- CONTACT EN CAS D'URGENCE

### OBSERVATIONS:

## 8- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:

TELEPHONE (fixe, portable):

Bureau:

## 9- MEDECIN TRAITANT

Nom:

Prénom

Téléphone

ADRESSE:

Je soussigné..... responsable l'égal 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:

## 11- RAPPEL

1 La fiche de liaison doit être réactualisée à chacune des périodes de présence de l'enfant. Le responsable légal de l'enfant doit informer le responsable de l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche de liaison durant la période de l'accueil de loisirs.

2 La fiche de liaison a une validité de un an.

3 **Aucun enfant sera accepté dans l'accueil de loisirs sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable au responsable de l'accueil de loisirs.**



santé  
famille  
retraite  
services

