



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

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

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:

1- VACCINATIONS (Joindre la photocopie du carnet de santé)

| Vaccinations obligatoires | OUI | NON | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie | | | | | |
| Tétanos | | | | | |
| Poliomyélite | | | | | |
| Ou DT Polio | | | | | |

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

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants(boîtes avec leur emballage d'origine marqués 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 AIGU | 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: POUSSIÈRES OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON POILS ET PLUMES OUI NON
AUTRES _____

5- HABITUDES DE L'ENFANT

ENDORMISSEMENT

L'enfant fait-il la sieste? Oui Non
L'enfant dort-t-il avec un doudou? Oui Non
L'enfant dort-t-il avec une tétine? Oui Non
L'enfant a-t-il un rituel particulier? Oui Non
Si oui, lequel? (chanson, petite lumière...)

REPAS

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

JOURNÉE

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

6- DEPART

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:

COORDONNÉES

Centre de loisirs La Rabassière: centredeloisirs@mairie-montagnac-montpezat.fr

06.81.88.80.93

7- CONTACT EN CAS D'URGENCE

OBSERVATIONS:

8- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:

TELEPHONES:

BUREAU:

9- MEDECIN TRAITANT

Nom:

Prénom:

Téléphone:

ADRESSE:

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

Date:

Signature:

10- 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 tous changements liés à la fiche de liaison durant la période de l'accueil

2- La fiche de liaison a une validité d'1 an.

3 Aucun enfant ne sera accepté sans que cette fiche de liaison soit remise préalablement complétée.