



# Accueil de loisirs intercommunal

Photo

ANNEE 2023-2024

L'ENFANT

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

**1 – VACCINATIONS** (photocopies des vaccinations issues du carnet de santé sont obligatoires Ou une attestation du médecin approuvant que les vaccins sont à jour, à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du responsable sanitaire) :

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole 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 aigu 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  Médicamenteuses oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

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

**P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours**

oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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



**Indiquez ci-après :**

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

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : (A Renseigner Obligatoirement.)**

Votre enfant porte-t-il des lentilles :            oui  non

Des lunettes :                                        oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives :                        oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire :        oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

**4 –NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

Nom et tél. Du médecin traitant  
(facultatif).....

*Je soussigné(e) , .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :    Signature :

