



# Accueil de loisirs intercommunal

ANNEE 2024-2025

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>L'ENFANT</b>
	Nom : _____
	Prénom : _____
	Date de naissance : _____
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

**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)

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



