



Photo

Accueil de loisirs intercommunal

ANNEE 2025-2026

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 ☐ Non ☐	Varicelle Oui ☐ Non ☐	Angine Oui ☐ Non ☐	Rhumatisme Articulaire aigu Oui ☐ Non ☐	Scarlatine Oui ☐ Non ☐
Coqueluche Oui ☐ Non ☐	Otite Oui ☐ Non ☐	Rougeole Oui ☐ Non ☐	Oreillons Oui ☐ Non ☐	

Allergies : Asthme oui ☐ non ☐
Alimentaires oui ☐ non ☐

Médicamenteuses 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 :