

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON CENTRE DE LOISIRS – LES GRAPPILLONS DE BLACE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE : ☐ Garçon ☐ Fille

### VACCINATIONS (et joindre photocopie des vaccinations)

| Vaccins Obligatoires | OUI | NON | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés         | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|-----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                  |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole– Oreillons-Rougeole |       |
| Polyomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                  |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | BCG                         |       |
|                      |     |     |                            | Autres (préciser)           |       |

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

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical 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<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | VARICELLE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ANGINE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | SCARLATINE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| COQUELUCHE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | OTITE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     | ROUGEOLE<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | OREILLONS<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                      |                                                                         |

### ALLERGIES :

POUSSIERES ☐ Oui ☐ Non MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non POILS ET PLUMES ☐ Oui ☐ Non

Autres : .....

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

.....  
.....

### 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 :

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

### 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 :

### 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 dort-il avec une couche ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il un rituel particulier ? ☐ Oui ☐ Non Si oui : .....

#### 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 ? : .....

#### ACTIVITES

BAIGNADE : Quelles sont les habitudes de votre enfant :

☐ SAIT NAGER ☐ SE DEBROUILLE ☐ NE SAIT PAS NAGER

CONTACT DU MEDECIN DE FAMILLE : .....

RESPONSABLE LEGAL 1 DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Tél. portable :

Tél. bureau :

Je soussigné, .....  
responsable légal 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 :

**RAPPEL :**

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.

La fiche de liaison a une validité d'un an.

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

RESPONSABLE LEGAL 2 DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Tél. portable :

Tél. bureau :