



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2023
ACCUEIL DE LOISIRS LOU CASTEU**

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:

1- VACCINATIONS (Joindre la photocopie)

Vaccinations obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtéris					
Tétanos					
Polyomyélite					
Ou DT Polio					

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

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ALLERGIES:

POUSSIERES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON POILS ET PLUMES OUI NON
 AUTRES _____

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: _____

5- 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 a-t-il un rituel particulier? Oui Non
 Si oui, lequel (une chanson, une petite lumière,...)

REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé? Oui Non
 L'enfant a-t-il un régime particulier? (sans porc, végétarien...)
 L'enfant goûte-t-il de tout? Oui Non

JOURNEE

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

TOURNER-SUITE AU VERSO

6- DEPART DE L'ENFANT

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:

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ACCUEIL A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR

7- CONTACT EN CAS D'URGENCE

OBSERVATIONS:

8- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:

TELEPHONE (fixe, portable):

Bureau:

9- MEDECIN TRAITANT

Nom:

Prénom

Téléphone

ADRESSE:

Je soussigné..... responsable l'égal 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:

11- 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 l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche de liaison durant la période de l'accueil de loisirs.
- 2 La fiche de liaison a une validité de un an.
- 3 **Aucun enfant sera accepté dans l'accueil de loisirs sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable au responsable de l'accueil de loisirs.**

