



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
2025  
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:  
 Fille     Garçon

---



---

**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:

---



---

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

<b>1- VACCINS OBLIGATOIRES - joindre photocopies et dates</b>		
Diphtérie	Tétanos	Poliomyélite (DTP)

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 dentaires?     Oui     Non  
 Autres:

<b>VACCINS RECOMMANDES- (* obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018)</b>			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	
Haemophilus*		Influenza b*	

---

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

**5- HABITUDES DE L'ENFANT**

**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.

**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

**ALLERGIES:**

POUSSIERES    OUI    NON    MEDICAMENTEUSES    OUI    NON  
 ALIMENTAIRES    OUI    NON    POILS ET PLUMES    OUI    NON  
 AUTRES    \_\_\_\_\_

## 6- DEPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il repartir seul chez lui à la fermeture du centre?

OUI NON

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)**

**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.**

