

FICHE SANITAIRE DE LIAISON PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE 2023/2024

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p style="color: #00AEEF; margin: 0;">L'ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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.

1 - VACCINATIONS (Copie carnet de Vaccinations)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Rougeole	
Tétanos				Oreillons	
Poliomyélite				Rubéole	
Coqueluche					
Haemophilus B					
Hépatite B					
Méningocoque C					
Pneumocoque				Autres (préciser)	

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	COVID 19
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

POILS ET PLUMES oui non

ALIMENTAIRES oui non

POUSSIERES oui non

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à 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- HABITUDES DE L'ENFANT (-6 ANS)

L'ENFANT FAIT-IL LA SIESTE ? OUI NON

L'ENFANT DORT-IL AVEC UN DOUDOU ? OUI NON

L'ENFANTS DORT-IL AVEC UNE TETINE ? OUI NON

L'ENFANTS A-T-IL UN RITUEL PARTICULIER ? OUI NON

SI OUI ? LEQUEL (UNE CHANSON, UNE PETITE LUMIERE) :

5-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

6-AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

7-RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM

NOM

PRÉNOM

PRÉNOM

ADRESSE.....

ADRESSE.....

Numéro 1 :

Numéro 1 :

Numéro 2 :

Numéro 2 :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Numéro de sécurité Sociale :

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 :