

FICHE SANITAIRE DE LIAISON PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE 2026/2027

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
Haemophilus B			
Hépatite B			
Méningocoque C			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			
Pneumocoque			
Méningocoque ACWY			
Méningocoque B			

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	COVID 19
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES :

ASTHME oui ☐ non ☐
 MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 POILS ET PLUMES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
 POUSSIÈRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ 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)

.....

INDIQUEZ 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'ENFANT DORT-IL AVEC UNE TÊTE ? OUI ☐ NON ☐

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 :