

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL - LES KIDS DU GRANIER  
Périscolaire et Extrascolaire

Valable du 01/09/2025 au 31/08/2026

## ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Ville de naissance : .....

Age : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Classe : .....

N° de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : .....

Régime d'appartenance : **général** ou **particulier (snCF, msa, edf)** (entourez votre choix)

### 1- VACCINATIONS (ou joindre photocopie du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 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 donné à l'enfant sans ordonnance**

L'enfant a-t-il déjà 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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <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 :

ASTHME ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

AUTRES : .....

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

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

### 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

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 : .....

.....

Conduite(s) à tenir : .....

.....

.....

### 5- HABITUDES DE L'ENFANT

ENDORMISSEMENT (pour les enfants de moins de 6 ans)

L'enfant fait-il la sieste ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ 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 : .....

Observations : .....

.....

REPAS

L'enfant goûte-t-il de tout ? ☐ Oui ☐ Non  
L'enfant a-t-il en général bon appétit ? ☐ Oui ☐ Non  
Observations : .....  
.....

ACTIVITES

L'enfant sait -il nager ? ☐ Oui ☐ Non  
L'enfant sait -il faire du vélo ? ☐ Oui ☐ Non  
L'enfant pratique-t-il une activité en club/association ? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, précisez : .....  
Observations : .....  
.....

6- **CONTACT EN CAS D'URGENCE** (Précisez nom, prénom et n° de téléphone)

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

7- **CONTACT DU MEDECIN TRAITANT** (Précisez nom, prénom et n° de téléphone)

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

8- **OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES**

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse postale : .....  
.....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
Téléphone travail : .....  
Portable travail : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de l'accueil de loisirs de Montagnole à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :** **Signature (obligatoire) :**

**RAPPEL :**

- *Le responsable légal de l'enfant doit informer la responsable de l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche sanitaire de liaison durant la période de validité de celle-ci.*
- *La fiche sanitaire de liaison a une validité d'un an.*
- **Aucun enfant ne sera accepté à l'accueil de loisirs sans un dossier complet** (fiche de renseignement individuelle, fiche sanitaire de liaison, attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel, attestation CAF de quotient familial) **remis à la responsable de l'accueil de loisirs.**