

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 (snfc, 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
Diphthérite				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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
<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
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
<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

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.**