



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS UFCV

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 lentilles ? ☐ Oui ☐ Non
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 :

5- HABITUDES DE L'ENFANT

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
Si oui, lequel (une chanson, une petite lumière, ...)

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 ? _____

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
SEXE : ☐ Garçon ☐ FILLE
ACCUEIL DE LOISIRS DE : _____

1- VACCINATIONS (ou joindre photocopie des vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE ☐ Oui ☐ Non	VARICELLE ☐ Oui ☐ Non	ANGINE ☐ Oui ☐ Non	RHUMATISME ARTICULAIRE ☐ Oui ☐ Non	SCARLATINE ☐ Oui ☐ Non
COQUELUCHE ☐ Oui ☐ Non	OTITE ☐ Oui ☐ Non	ROUGEOLE ☐ Oui ☐ Non	OREILLONS ☐ Oui ☐ Non	

ALLERGIES :

POUSSIERES ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

Autres : _____

MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

POILS ET PLUMES ☐ Oui ☐ Non

JOURNEE

En cas d'inquiétude de sa part, comment réagissez-vous ?

6- DEPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il repartir seul chez lui ?

☐ Oui

☐ Non

Si non, avec qui peut-il repartir ?



Personne avec qui l'enfant ne peut absolument pas repartir ?



7- ACTIVITES

Autorisez-vous l'enfant à participer aux activités camping ?

☐ Oui

☐ Non

Autorisez-vous l'enfant à participer aux activités piscines ?

☐ Oui

☐ Non

L'enfant sait-il nager ?

☐ Oui

☐ Non

L'enfant pratique-t-il une activité associative extrascolaire ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez ? _____

8- CONTACT EN CAS D'URGENCE

9- CONTACT DU MEDECIN DE FAMILLE

10- OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. bureau :

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

Date :

Signature :

RAPPEL :

- 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.**
- Nous vous remercions de remettre cette fiche de liaison sous enveloppe cachetée avec le nom et prénom de l'enfant sur l'enveloppe.