

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2023****1 - ENFANT**Garçon Fille 

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance .....

Classe année en cours

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES  
POUR LE BON DÉROULEMENT DU SÉJOUR DE L'ENFANT****2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant\*).

Date du dernier DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio) : .....

\*Ne pas oublier de vérifier l'ensemble des vaccinations recommandées

(coqueluche, rougeole-oreillons-rubéole, hépatite B, méningocoque et pneumocoque)

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non L'enfant a-t-il un "**Projet d'Accueil Individualisé**" (P.A.I.) ? 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**), et le **P.A.I.** de l'année scolaire en cours.**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance confiée à la direction de l'Accueil de loisirs.****Particularités alimentaires** (sans porc, sans viande, autres...) .....P.A.I. nécessitant un repas fourni par la famille oui  non **Allergies :** Alimentaire: oui  non  Médicamenteuses oui  non Asthme oui  non  Autres .....**Si oui** préciser le type d'allergie et la conduite à tenir .....**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Indiquer les informations afin que la Direction puisse accueillir votre enfant dans les meilleures conditions (maladie, accident, hospitalisation, traitement, handicap, précautions à prendre...) :

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour .....

Complément d'adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. domicile ..... Tél. portable ..... Tél. prof .....

*Facultatif* Nom du médecin traitant ..... Tél. ....Je soussigné(e).....  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .....**6 - RÉGLEMENT INTÉRIEUR**Je soussigné(e)..... **responsable légal de l'enfant** ..........**certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes.**le..... Signature de tous les responsables légaux (**obligatoire**)