

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 ? _____
 Menu : Avec viande Sans viande

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
SEXE : GARÇON FILLE

1- VACCINATIONS (ou joindre photocopie des vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				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 ? 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 <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 <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 :

MEDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

POILS ET PLUMES Oui Non

Autres : _____

L'enfant est-il sous Projet Accueil Individualisé ? Oui Non

6- DEPART DE L'ENFANT

Pour rappel, les enfants scolarisés en élémentaires peuvent repartir seuls si la famille l'autorise ;

A partir de 8 ans et avec l'autorisation de ses parents, un enfant peut venir chercher son petit frère ou sa petite sœur à la fin de l'activité.

Pour les plus de 6 ans, l'enfant peut-il repartir seul chez lui ?

Oui Non

Si non, avec qui peut-il repartir ?

➡ _____
➡ _____
➡ _____

7- ACTIVITES

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 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 de tous changements liés à la fiche de liaison.
- La fiche de liaison a une validité d'un an.
- **Aucun enfant ne sera accepté au sein d'une des activités sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable en mairie**