



# Fiche sanitaire de liaison

## 2025

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

**Enfant :** fille    garçon

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Age :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de Naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Accueil :** accueil de loisirs

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
ou Tétracoq				B.C.G.			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui    Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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 : Médicamenteuses     oui     non    Asthme     oui     non  
Alimentaires     oui     non    Autres     oui     non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

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

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

**III - Recommandations utiles :**

L'enfant peut-il avoir un vélo ou une trottinette pour certains jours d'activités ?  Oui  Non

L'enfant sait-il nager ?  Oui  Non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Régime alimentaire particulier : .....

.....

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant l'accueil :

Nom et adresse Grands-parents RINXENTOIS :

.....

Personne autorisée à récupérer l'enfant, autres que les responsables légaux :

- |         |         |
|---------|---------|
| - ..... | - ..... |
| - ..... | - ..... |
| - ..... | - ..... |
| - ..... | - ..... |

Tél. domicile : ..... 1<sup>er</sup> Parent : Travail : ..... Portable : .....

2<sup>ème</sup> Parent : Travail : ..... Portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant .....

Je soussigné, ..... 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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date : Le 07/04/2025

---

**A remplir par le Directeur du Centre à l'attention de la famille**

Coordonnées de l'organisateur :  
Mairie - 3, rue du général de gaulle 62720 Rinxent –  
Tél : 03 21 99 90 60 - mairie@ville-rinxent.fr - www.ville-rinxent.fr