

FICHE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Nom et Prénom du représentant légal :

Adresse postale :

Adresse électronique :@.....

Tel. Domicile :/...../...../...../.....

Tel. Travail papa :/...../...../...../.....

Tel. Travail maman :/...../...../...../.....

Tel. Portable papa :/...../...../...../.....

Tel. Portable maman :/...../...../...../.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail papa :
.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail maman :
.....

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme :

Tel. :/...../...../...../.....

2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :

Adresse :

Tel. du cabinet :

3 – SECURITE SOCIALE

N° de SS : Adresse du centre payeur :

4 – VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

5 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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.

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES.... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

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

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.

Date :

Signature :