



# FICHE DE LIAISON 2024



## 1 - RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Nom et Prénom du représentant légal : .....

Adresse postale : .....

Adresse électronique : .....@.....

Tel Portable parent 1 : ...../...../...../...../..... Tel Portable parent 2 : ...../...../...../...../.....

Tel. Travail parent 1 : ...../...../...../...../..... Tel. Travail parent 2 : ...../...../...../...../.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail parent 1:.....  
.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail parent 2 :.....  
.....

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 - VACCINATIONS

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

## 4 - 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.**

Un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** a-t-il été mis en place ? oui  non

Si oui, joindre le justificatif.

**ALLERGIES :**

ASTHME	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
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.**  
.....  
.....

**VOTRE ENFANT BENEFECIE-T-IL DE L'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH) ?** oui  non

## 6 - RECOMMANDATIONS UTILES

**REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :**  
.....

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

*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.*

Date : ..... Signature

