



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

