

# FICHE DE LIAISON 2022



## RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom du jeune : .....

Date de naissance : .....

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

Adresse postale : .....

Adresse électronique : .....@.....

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

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

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

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

M./ Mme : ..... Tel. : ...../...../...../...../.....

## MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel. du cabinet : .....

## SECURITE SOCIALE

N° de SS :

Adresse du centre payeur : .....

## VACCINATIONS

☐ Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé (DT Polio)

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune 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 du jeune avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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.

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

## RECOMMANDATIONS UTILES

RÉGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

.....

VOTRE ENFANT 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 :