

# 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.**

<b>ALLERGIES :</b>	<b>ASTHME</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>MÉDICAMENTEUSES</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
	<b>ALIMENTAIRES</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <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 SPÉCIFIQUE :**

.....

**VOTRE ENFANT A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTÉ :**

.....

**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 :** .....