



FICHE DE LIAISON 2022

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant :

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 :/...../...../.....

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.

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 <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.

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

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, 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 :