FICHE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant : ……

Date de naissance : .....

Nom et Prénom du représentant légal (parent 1) :
.....

Adresse postale :
.....
.....

Adresse électronique :
.....

Tel. Domicile : .....

Tel. Travail parent 1 : .....

Tel. Portable parent 1 : .....

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

Nom et Prénom (parent 2) :
.....

Adresse postale :
.....
.....

Adresse électronique :
.....

Tel. Domicile : .....

Tel. Travail parent 2 : .....

Tel. Portable parent 2 : .....

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. :** .....

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 de l'enfant.**

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 dans « Document à transmettre »

ALLERGIES :

ASTHME	oui ☐	non ☐
MEDICAMENTEUSES	oui ☐	non ☐
ALIMENTAIRES	oui ☐	non ☐

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 BENEFICIE-T-IL DE L'ALLOCATION D'EDUCATIONDE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH) ?

oui ☐ non ☐

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

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 : ☐ Je certifie exactes les informations saisies dans ce formulaire.